ACADÉMIE DE PARIS

UNIVERSITÉ PARIS VI

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

(Thèse de 3eme cycle)

par

Etienne, Louis CHEVALLIER

Né le 1er Février 1922 à Paris-16e

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉSORPTION CORONAIRE DES CANINES INCLUSES

Président de Thèse : Monsieur Pierre CERNEA (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir-Delavigne

PARIS-6e

1972

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE PARIS VI

-:-

Année 1972 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

(Thèse de 3ème Cycle)

par

Etienne, Louis CHEVALLIER

Né le 1er février 1922 à Paris - 16ème

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA RESORPTION CORONAIRE DES CANINES INCLUSES

-:-

Président de Thèse : Monsieur Pierre CERNEA (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE PARIS VI

-:-

Président de l'Université PARIS VI	M. HERPIN
Secrétaire Général	M. POULLAIN
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	Melle BOUSSON
Bibliothécaires	Melle ROUSSEAUX
	Mme CLASTRES
	Melle PATURET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550017_0010

A ma femme

Que ce travail soit un témoignage de la profonde affection que je lui porte

A mes enfants

Qui par leurs succès m'apportent la joie

A ma mère

Qui m'a soutenu tel un petit enfant

A la mémoire de mon père

Qui m'a fait aimer une Médecine scientifique et humaine

A tous mes amis

A Monsieur le Professeur Pierre CERNEA

Professeur de la chaire de clinique stomatologique des Hôpitaux

Stomatologiste des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Votre enseignement nous a ouvert à la véritable stomatologie

Votre bienveillance amicale nous a guidé pendant de longues années dans notre profession

Votre soutien nous a permis de présenter cette thèse

Que cette étude soit un témoignage de notre très respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu nous accorder

A tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

A tous nos camarades de l'Institut de Stomatologie

Qui nous ont témoigné leur amitié

A tous nos Maîtres et Confrères de province

A tous nos collègues des Hôpitaux de Tunis

Où la Médecine n'avait ni race, ni religion, ni patrie mais un même idéal humanitaire

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA RESORPTION CORONAIRE DES CANINES INCLUSES

-:-

P L A N

INTRODUCTION

Rappel clinique

Rappel radiographique
Examen général
Examens de laboratoire

- Techniques opératoires
- Embryologie
- Observations
- Histo-pathologie
- Hypothèse d'explication d'inclusion des canines supérieures et cause possible de la résorption coronaire de ces dents

    . Fréquence des inclusions
    . Cause de l'orientation
    . Bilatéralité
    . Caractère familial des C.I.
    . Fréquence des résorptions coronaires

- Conclusions

- Bibliographie.

INTRODUCTION

Nous avons réuni 193 canines incluses sur 162 patients, nous aurions pu facilement augmenter ce nombre, mais nous avons voulu limiter les canines incluses à la définition des dents incluses : "Dent entièrement enfoncée dans l'os".
Les termes nous ont permis d'exclure les dents sous-muqueuses, en désinclusion ou tout simplement retenues. Remarquons que si nous nous en tenons à cette stricte définition en ce qui concerne les dents de sagesse, leur nombre, en tant que dents incluses, est sensiblement équivalent à celui des canines.

Bien que le nombre de cas soit suffisant, nous éviterons les pourcentages trop absolus, causes d'erreur dans les conclusions, pour ne retenir que les prédominances.

Les résultats ont été résumés dans le tableau synoptique ci-après :

TABLEAU SYNOPTIQUE RECAPITULATIF

Nombre de patients			Nombre de patients suivant l'âge								
			jusqu'à 21 ans			de 22 à 50ans			+ de 50ans		
Total	H	F	total	H	F	total	H	F	total	H	F
162	64	98	47	17	30	92	37	55	23	11	12

NOMBRE TOTAL DES CANINES INCLUSES : 193

D3	G3	d3	g3
93	92	5	3

CANINES INCLUSES AYANT SUBI UNE RESORPTION CORONAIRE : 16

NOMBRE DE PATIENTS AYANT :

D3 + G3 incluses	2 canines du bas incluses	Une ou deux canines du haut + 1 canine du bas incluse	Une ou deux canines incluses + odontoïdes ou une autre dent incluse
25	1	2	4

POSITION DES CANINES INCLUSES

Palatines	Vestibulaires	Inter ou sur la crête ou très haute	Couronne palatine + racine vestibulaire
110	26	34	22

TRAITEMENT

O.D.F.	Interventions chirurgicales		interventions + O.D.F.	Rien
18	61		10	66
	sous A.L.- 30	sous A.G.- 31		

De ce tableau, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- Fréquence plus grande chez les femmes,
- Découverte surtout entre 22 et 50 ans, âge de prédilection des soins stomatologiques volontaires,
- Rareté des canines incluses du bas ; elles ne sont pas plus souvent incluses que les prémolaires,
- Pas de prédominance entre droite et gauche,
- Un sixième environ des patients vus avaient deux canines incluses ou une association avec une autre dent, un ou des odontoïdes inclus,
- Un fait qui n'apparaît pas sur ce tableau est le caractère souvent familial des canines incluses, on peut le retrouver sur 2 ou 3 générations,
- La position palatine domine très nettement, mais la couronne palatine associée à une racine en vestibule-position est courante, et, si l'on tient compte du fait que cette position n'est souvent mise en évidence que lors de l'intervention, il semble qu'elle soit plus fréquente qu'elle n'apparaît sur ce tableau,
- Chez les jeunes, les traitements O.D.F. ou chirurgie + O.D.F. sont les plus souhaitables, ils donnent d'excellents résultats,
- Le nombre de cas non traités est important, l'explication est simple :

  . il s'agit souvent d'une découverte lors d'un examen clinique ou radiographique
  . les canines incluses sont très souvent asymptomatiques, tout au moins cliniquement
  . les sujets n'éprouvent donc pas la nécessité d'une intervention qui peut poser des problèmes.

- La discordance entre le total des patients et celui des cas traités + non traités s'explique par le fait que nous n'avons pas classé au chapitre traitement les patients que nous n'avons pas suivis,
- Dans le lot étudié, nous avons relevé 16 canines incluses ayant subi une résorption coronaire plus ou moins importante ; ce sont presque toujours des résorptions avec envahissement osseux des lacunes de résorption, mais résorption et ostéogenèse sont pratiquement simultanées. Il en résulte dans la majorité des cas une ankylose ostéo-coronaire.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, les dents de sagesse vraiment incluses ne sont pas plus nombreuses que les canines incluses. Pourtant, par habitude clinique, plusieurs auteurs parlent de dents incluses en prenant des exemples de dents de sagesse inférieures en désinclusion partielle ; elles ne sont pas vraiment incluses, même si très enclavées, elles n'ont aucune chance de sortir spontanément.

Par ailleurs les canines incluses sont pratiquement toujours des dents successionnelles (2° dentition) alors que les dents de sagesse sont des dents accessionnelles (molaire de 1° dentition). Pourtant, de très nombreux auteurs, quand ils parlent de dents incluses, et surtout de leur résorption, mélangent le tout, appliquant aux unes ce qui est valable pour les autres ; ils aboutissent à des conclusions en partie fausses. En effet, il est probable qu'en matière de résorption dentaire tous les intermédiaires sont pensables.

Le petit nombre relatif d'observations cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques est responsable de cette

confusion, on procède souvent par assimilation, affirmant ce que l'on doit démontrer.

Il nous semble qu'en ce qui concerne les canines incluses du haut, tant par l'embryologie de la région que par leur contexte d'environnement, que leur résorption est particulière. Certes, cette résorption entrera dans le cadre général, mais elle présente un type particulier qui en fait une entité pathologique. Il est pourtant des cas où les canines incluses pourront présenter des résorptions identiques aux autres dents incluses, quoique personnellement nous n'ayons jamais observé : de résorption d'origine centrale (pulpaire), de résorption d'origine radiculaire des canines incluses ; il s'agit toujours de résorption coronaire. Encore une fois, nous excluons les cas douteux d'inclusions ou encore les accidents de désinclusion assez fréquents chez le vieillard porteur de prothèse, il s'agit alors le plus souvent d'accidents mécaniques qui sont très ressemblants à ceux présentés par les dents de sagesse.

Seul le problème des canines incluses du haut est particulier ; celles du bas n'ont pas une embryologie particulière, et d'ailleurs ne sont pas fréquemment incluses, sur aucune nous n'avons observé de résorption intra-coronaire.

Rappel clinique concernant les canines incluses.
Il sera bref, tel n'est pas notre sujet.

Découverte et motif de la consultation.

- souvent fortuite, les canines incluses ont échappé à des examen trop rapides. Il faut les rechercher si elles manquent sur l'arcade ou n'ont pas la place d'évoluer.

- lors d'accidents douloureux ou infectieux, dans ces derniers cas, il s'agit fréquemment d'accidents de désinclusion

En général, les C.I. ne donnent pas de symptômes cliniques si l'on excepte les malpositions dentaires possibles mais non constantes.

- Malades envoyés par leur praticien traitant, présentant :

. une affection générale,
. une affection locale telle que pelade,
. déviation d'une ou plusieurs dents,
. grosseur palatine ou vestibulaire,
. névralgie faciale ou plus simplement petites douleurs névralgiques mal définies,
. troubles réflexes à distance,
. plus rarement accidents infectieux, etc ...

en vue d'un traitement orthodontique,

. dégager la couronne d'une C.I.

ou s'il s'agit de :

. rechercher les causes de descellement des prothèses conjointes et la mauvaise tenue des prothèses adjointes qui se fracturent facilement.

Insistons encore : Les Canines Incluses présentant une résorption coronaire ont en général une symptomatologie muette.

EXAMEN : Nous en rappelerons l'essentiel

L'interrogatoire : antécédents familiaux.

On retrouve souvent une canine incluse chez les parents ou les collatéraux (frères, soeurs, oncles, tantes)

- gêne possible
- déplacement progressif d'une ou plusieurs dents
- douleur : son type, son irradiation, absente dans la règle
- par contre, les troubles réflexes à distance sont fréquemment signalés.

Inspection-palpation

- voussure palatine ou vestibulaire, absente surtout dans les C.I. hautes
- déplacement dentaire

Radiographie : Indispensable

- Périapicales : ne donnant qu'une idée, en principe la dent la plus nette est la plus profonde
- Stéréoscopique : rarement faite
- Panoramiques : permettent le diagnostic positif, insuffisantes pour le diagnostic opératoire
- Tomographies
- Films occlusaux : technique de Simpson, la technique de Rochette (père) très simple rend encore de grands services
- Incidences de profil.

Rappelons que les radiographies sont parfois trompeuses, il faut, en cas de doute, multiplier les incidences. Quoiqu'il en soit, déjà sur les radiographies on peut, en général, faire un diagnostic de résorption coronaire de la canine incluse.

La couronne apparaît :

- avec un liseré clair péricoronaire souvent diminué ou absent
- une ou plusieurs pertes de substance

. dans les cas avancés, on voit une véritable trame osseuse à l'intérieur de la couronne de la dent incluse

Ici aussi, il faut se méfier des conclusions hâtives : une pénétration osseuse qui radiologiquement paraît s'être faite à travers l'émail, est en réalité à l'examen histopathologique, une résorption cervicale, c'est d'ailleurs cette résorption intra-coronaire à point de départ cervicale qui est si particulière aux canines incluses ; elles se différencient notablement de l'aspect radiographique des dents non incluses ayant subi une résorption coronaire périphérique du type cervicale.
Dans le cas des canines incluses, si comme dans les autres cas de résorption périphérique les pulpes demeurent intactes, les couronnes sont envahies par du tissu osseux, les racines sont pratiquement indemmes ; par contre, dans les dents non incluses, les résorptions ont tendance à se circonscrire autour du point d'effraction, entourant secondairement la chambre pulpaire, envahissant aussi bien la couronne que la racine.
L'histopathologie confirmera ces données radiographiques.

Une résorption coronaire radiographiquement visible doit faire prévoir une ankylose ostéo-coronaire et une intervention plus délicate.

Examen général : il sera identique à celui souhaitable avant toutes interventions, c'est à dire très soigné.
De même les examens de laboratoire seront faits, l'examen de sang sera complet ; il ne faut pas oublier de rechercher un diabète qui sera une cause de complication et peut être de résorption coronaire dans le cas de canines incluses.

TECHNIQUES OPERATOIRES

Intervention : Sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, les précautions seront les mêmes ; c'est une question d'opérateur, de difficultés, de circonstance, de préférence du patient, de son état général.
Toutefois, l'anesthésie générale gagne du terrain, les suites opératoires nous semblent meilleures.
Nous n'envisagerons pas la technique, qui pourrait faire l'objet d'un ouvrage, mais deux point sont à retenir :

1°- Lorsqu'on prévoit une canine incluse à couronne palatine et racine vestibulaire, l'incision sera palatine et vestibulaire, les deux traits se rejoignant sur la crête, ainsi :
   - les dégâts osseux seront réduits au minimum,
   - l'opération plus facile donc plus rapide,
   - la suture est simple,
   - les suites opératoires excellentes.

2°- lorsqu'il s'agit d'une canine incluse présentant une résorption coronaire, plus apposition osseuse intra-coronaire, ce qui est la règle, le sac péricoronaire (nous disons "sac péricoronaire pour ne pas soulever une polémique) a disparu, il se forme une véritable ankylose entre la couronne et l'os ; il est souvent presque impossible de faire la délimitation entre les deux organes.

Il faut donc enlever largement un bloc osseux, en se rappelant que même si les radiographies montrent un contact étroit entre la dent incluse et les racines des dents voisines, ce contact n'existe que très rarement cliniquement, surtout dans les cas de résorptions coronaires. Il existe presque toujours une lame osseuse entre la C.I. et les autres organes dentaires, plus importantes que ne le laissait prévoir la radiographie.

Ce bloc osseux sera taillé au ciseau frappé de préférence à la fraise. En effet, l'usage de la fraise très pratique présente des inconvénients :

- débris très nombreux
- risque de se perdre si l'émail est détruit. Ce risque est d'autant plus grand que l'os environnant cette couronne résorbée est très dur ; il est quelquefois difficile de le différencier de l'organe dentaire
- risque de fracture de la fraise sur cet os dur, ou encore de chauffer
- suites opératoires plus longues à notre avis

De toute façon, une fois ce bloc osseux, comprenant la couronne résorbée, détaché, la luxation de la racine ne présente aucune difficulté, même si sa forme est anormale. Ce contraste entre la difficulté d'extraction de la couronne et la relative facilité de la racine est une particularité des canines incluses à résorption coronaire. Nous ne l'avons retrouvé aussi nettement dans aucun autre cas de dents résorbées, qu'elles soient en position normale, incluse ou enclavée. Les ankyloses cliniques ou radiologiques des autres dents ne sont, à notre connaissance, jamais de de type.

EMBRYOLOGIE

La suite serait peu compréhensible si nous ne faisions les rappels que nous emprunterons à l'ouvrage de notre ami MUGNIER. Nous relevons page 75 et suivantes:

"l'Epithelium est un tissu de revêtement, le conjonctif un tissu de soutien et d'union. Cette loi, capitale à connaître pour la compréhension de l'embryologie et de la tératologie faciales (fissures partielles ou complètes, fistules ou kystes congénitaux, becs-de-lièvre, divisions palatines, colobomas, etc..)"
"C'est alors que les bourgeons maxillaires supérieurs (issus de la partie supérieure du 1° arc) surviennent de dehors en dedans, se rapprochant de la partie inférieure du bourgeon nasal interne et s'accolent avec lui. L'accolement épiblastique formerait ce que VEAU avait décrit sous le nom de mur épithélial :"lame grossièrement verticale et dirigée d'avant en arrière" (page 78).
"Vu par dessous, le bourgeon nasal interne n'est pas aussi large en arrière qu'en avant, il tend, en effet, à se rétrécir d'avant en arrière où les bourgeons maxillaires sont presque en contact l'un avec l'autre. A ce niveau persistera un pertuis : la fosse incisive qui est ainsi due à la réunion des trois bourgeons N.I., M.S. droit et M.S. gauche. Par ailleurs, l'accolement des bourgeons maxillaires supérieurs avec le B.N.I. ne se fait pas selon un plan vertical, mais selon un

plan qui, d'abord légèrement oblique en bas et en dedans, augmente d'avant en arrière son obliquité

Pour résumer cette formation du palais et des fosses nasales primaires, disons que le bourgeon nasal externe participe seulement à la formation de la berge externe du tunnel olfactif. Le bourgeon nasal interne forme toute la berge interne de ce tunnel. C'est lui qui se soude avec le bourgeon maxillaire supérieur pour former le mur epithélial de Veau qui disparait secondairement par mésodermisation. On comprend ainsi qu'il puisse y avoir différentes anomalies de cette région. Les bourgeons peuvent arrêter leur développement avant de se rencontrer ils peuvent aussi s'accoler sans se mésodermiser.
Par ailleurs, cette absence de mésodermisation peut être totale ou partielle et comme on sait que la mésodermisation se fait d'arrière en avant (Cordier et Roux) on peut en déduire qu'une simple fente labiale est due à une cause à la fois plus tardive et de moindre durée qu'une fente intéressant lèvre, seuil narinaire et rempart alvéolaire" (pages 80 et 81).

Plus loin on peut lire :

FORMATION DU SQUELETTE FACIAL -

Destinée squelettique des bourgeons faciaux et des arcs branchiaux :

Bourgeon nasal interne - Dans son mésenchyme se différencieront :

- la partie antérieure de la cloison nasale
- la partie médiane de la capsule nasale cartilagineuse
- une partie du cartilage de la cloison

- les os maxillaires droit et gauche dont l'accolement puis l'union donneront la région osseuse incisive.

Bourgeons nasaux externes - Dans leur mésenchyme se différencieront :

- les inguis et les os nasaux droit et gauche
- l'apophyse orbitaire des palatins et leur apophyse sphénoïdale
- une partie interne des maxillaires supérieurs jusqu'à la paroi interne des orbites (Dubreuil)

Bourgeons maxillaires supérieurs (division supérieure du 1er arc branchial)

- dans leur mésenchyme se différenciera la plus grande partie des maxillaires supérieurs et les os malaires

Bourgeons maxillaires inférieurs (division inférieure du 1er arc branchial)

- dans leur mésenchyme se différencieront les hémi-mandibules"

"CAS DES MAXILLAIRES"

FORMATION DU MAXILLAIRE SUPERIEUR.

Le maxillaire supérieur étant un os de membrane (dérivation directe du tissu conjonctif) ce n'est donc pas aux dépens de la capsule, mais en dehors d'elle et à son contact que vont apparaitre les points d'ossification du maxillaire supérieur.

A ce stade, les bourgeons mésenchymateux ont déjà effectué leur fusion (il est important de le rappeler pour mieux comprendre la formation des divisions palatines embryopathiques).

Les points d'ossification sont au nombre de deux pour chaque hémi-maxillaire (travaux de Vallois et Cadenat, Cadenat puis Augier). Nous ne retiendrons pas la conception classique des cinq points d'ossification (Bellard, Sappey, Kolliker) :

- le premier point antérieur, pré-maxillaire ou incisif, est situé au-dessous de l'orifice nasal sous l'auvent antérieur de la capsule
- le deuxième point postérieur, post-maxillaire, est situé au-dessous de l'orbite (mais en dehors de la capsule)

"Ces deux centres fusionnent presque immédiatement après leur apparition et se réunissent en une lame continue externe par rapport au mur dentaire" (E. Cadenat). En fait, s'il s'agit bien d'une lame continue, la zone de soudure va rester suffisamment longtemps une zone amorphe pour que les centres conservent une certaine individualité de croissance (c'est ce qui explique la suture incisivo-canine sur laquelle nous insistons plus loin, car c'est ce point de formation osseuse qui est le plus délicat à comprendre).

Pour plus de clarté (et bien que la formation de l'os se fasse dans toutes les dimensions) reprenons d'abord cette formation de la "lame osseuse" maxillaire; schéma simple qui se compliquera par la poussée de croissance en profondeur des deux centres.

a) Ossification externe. Le centre pré-maxillaire s'étend: en bas pour former la lame alvéolaire externe de la zone incisive (nous continuerons donc pour plus de commodité d'appeler l'os issu de ce centre, l'os incisif); en avant, il formera l'épine nasale antérieure; en haut, il formera la partie antérieure de l'apophyse montante.

Le centre post-maxillaire qui apparait en arrière du centre précédent et dans son prolongement s'étend :

- en bas, pour former (d'avant en arrière) toute la lame alvéolaire externe de la région canine-prémolaire-molaire
- en haut, il émet deux prolongements :

. un prolongement antérieur qui va lui-même se diviser en deux pour former en avant la partie postérieure de la branche montante et en arrière la partie du plancher de l'orbite située en dedans de la gouttière sous-orbitaire.

. un prolongement postérieur, qui formera la partie du plancher de l'orbite, situé en dehors de la gouttière sous-orbitaire et plus en dehors l'apophyse malaire.

Ainsi bien que soudés, ces deux centres contribuent à former des zones assez distinctes : grossièrement la ligne externe de soudure est oblique en haut et en dedans.

Voyons maintenant ce qui se passe en profondeur.

b) Ossification en profondeur. La suture incisivo-canine.

L'ossification se fait en profondeur par des trabécules qui irradient, encadrant puis entourant les follicules dentaires (sauf dans la zone de leur iter dentis respectif : cf. formation des dents).

Mais cette poussée osseuse de dehors en dedans ne se fait pas de façon homogène et pour la comprendre, il faut considérer la zone de soudure entre le centre incisif et le centre post-maxillaire, comme s'il s'agissait d'une ligne amorphe.

De chaque côté des follicules dentaires, la lame osseuse externe va donc pousser des prolongements qui peuvent englober les débris epithéliaux de Malassez de la lame dentaire primitive. Cependant, entre le follicule de l'incisive latérale et de la canine temporaire les trabécules osseuses se divisent comme si elles rencontraient l'obstacle d'une suture qui ferait suite dans la profondeur à la zone de soudure externe; il y a donc création d'un hiatus osseux entre ces deux follicules, hiatus qui va se prolonger en dedans et formera ce qu'il est convenu d'appeler la suture incisive ou mieux incisivo-canine.

Bien entendu, hiatus osseux ne veut pas dire absence de substance cellulaire : c'est ainsi qu'entre les follicules de l'incisive latérale et de la canine subsistera du tissu conjonctif et surtout une portion plus importante qu'ailleurs de tissu épithélial de la lame dentaire. D'où l'explication des formations tumorales, plus spécialement kystiques et indépendantes des dents (sinon du système dentaire).

Ainsi, les deux canaux incisifs droit et gauche sont séparés l'un de l'autre par les deux processus palatins médians droit et gauche réunis sur la ligne médiane par la suture palatine. Entre les deux saillies latérales obliques en arrière et en dedans, se trouve le sinus inter-incisif primaire : ce sinus est très différent de la suture incisive et du canal incisif.

"Etant donné que le maxillaire supérieur possède une face externe, une face interne et une face palatine, on conçoit que le plan de cette suture incisivo-canine soit triangulaire à base palatine horizontale; ce plan

regarde en avant et un peu en dedans. En fait, il ne s'agit pas absolument d'un plan et la suture est d'autant plus large qu'on se rapproche de sa base palatine.

- le côté externe n'est marqué sur l'os foetal que par une simple dépression entre l'os incisif et le post-maxillaire
- le côté nasal (ou interne) est marqué sur l'os foetal par un sillon qui disparaitra par la suite
- le côté palatin est largement ouvert de dehors en dedans en une fente irrégulière. La forme de cette fente nous intéresse plus spécialement ; elle a un bord antérieur et un bord postérieur :

. le bord postérieur, légèrement mais assez régulièrement concave en avant et un peu en dedans, est entièrement formé par l'os post-maxillaire

. le bord antérieur, entièrement formé par l'os incisif présente trois saillies : la saille interne para-médiane ou processus palatin médian qui rejoint en arrière le bord postérieur de la fente. En dehors, les saillies latérales. Entre les saillies latérales et le processus palatin para-médian : le canal incisif par où passent les organes vasculo-nerveux (cf. Anatomie).

Les canaux incisifs droit et gauche sont donc séparés par les deux processus palatins para-médians correspondants.

Ces deux canaux ainsi cloisonnés s'ouvrent au fond de la fossette incisive qui diminue d'importance au cours de la croissance. A l'intérieur de ces canaux incisifs et de la fossette se trouvent des débris épithéliaux (persistance de la soudure initiale entre les bourgeons du palais primaire et secondaire. (cf. Embryologie des bourgeons palatins).

Ces débris peuvent donner lieu à des formations tumorales qui prennent le plus souvent l'allure kystique et dans les cas typiques, sur la radio-alvéolaire, la forme d'un coeur de carte à jouer (ces tumeurs d'origine épithéliale sont donc absolument indépendantes du système dentaire)".

"Rappelons que la formation du squelette n'entre en rien dans la genèse du bec-de-lièvre et de la division palatine. Ces malformations sont dues uniquement à des troubles de croissance ou à un défaut de mésodermisation des bourgeons nasal interne et maxillaire supérieur".

"CROISSANCE DE LA DENT"

PASSAGE A TRAVERS L'ITER DENTIS
DESTINEE DU SAC PERI-CORONAIRE
ERUPTION, MISE EN PLACE FONCTIONNELLE.

La couronne propulsée par la croissance de la racine et aidée par des phénomènes de remaniements tissulaires va se frayer une voie à travers l'iter dentis.

C'est alors que les débris épithéliaux du gubernaculum et du derme sous-gingival vont jouer un rôle important. Les débris épithéliaux gubernaculaires sont d'autant plus proliférants que l'on se rapproche du sac péri-coronaire (on se rappelle que sac et gubernaculum forment un tissu conjonctif continu).

Ces masses épithéliales présentent des bourgeonnements, s'anastomosent entre elles et forment des réseaux dont quelques uns sont en continuité avec

l'épithélium folliculaire (épithélium qui, rappelons-le est le reliquat de la couche externe et interne du follicule épithélial lorsque l'amélogénèse est terminée).

"Ces épithéliums folliculaires et gubernaculaires appartiennent au même système, mais se trouvent à des états différents de prolifération et de différenciation "(Galippe)

De multiples cavités sont creusées dans certains de ces amas épithéliaux et peuvent communiquer entre elles ainsi qu'avec la cavité folliculaire, espace plus ou moins virtuel compris entre l'épithélium péri-coronaire et l'émail. La cavité plus vaste formée par la réunion de ces petites cavités au cours de la poussée coronaire remplace la cavité folliculaire et la couronne glisse progressivement dans le gubernaculum élargi (l'os de l'iter dentis se résorbe en conséquence, vraisemblablement par suite de la pression dentaire).

Galippe, lui-même, ne considére pas comme impossible qu'il y ait eu certains endroits une effraction à travers une couche plus ou moins minime de tissu fibreux, puis une véritable éruption dans une cavité voisine.

> Ainsi, lorsque la couronne a avancé d'une longueur égale à elle-même, elle n'est plus dans le sac de folliculaire initial, mais dans un néo-sac formé aux dépens du gubernaculum. Il s'agit cliniquement toujours d'un sac péri-coronaire, mais pas physiologiquement.

Le sac initial glisse le long de la racine, ses éléments fibreux longitudinaux disparaissent, remplacés, comme nous l'avons dit, en étudiant la croissance alvéolaire, par les fibres de Sharpey.

Quant à l'assise épithéliale, elle disparait, ne laissant que quelques débris épithéliaux. Ainsi, le gubernaculum raccourcit, s'élargit en même temps que se résorbe l'os entourant l'iter dentis et la couronne progresse. "La couronne pousserait, le cordon dirigerait" (Galippe).

Delabarre avait déjà remarqué que la dent traverse la gencive sans peine, car le chemin est tout tracé (tandis qu'une petite exostose soulève la gencive, mais ne la perce pas). On pourrait ainsi s'expliquer simplement une inclusion dentaire pathologique : ou bien la place manque, le chemin est bloqué : ou bien le germe a été dévié par la croissance ou la mauvaise position des dents voisines (dysharmonie dento-maxillaire, traumatisme, intervention) et la dent a perdu son chemin : ou encore la dent est mal formée ou incomplètement formée, le chemin existe mais elle n'a pas la force de l'emprunter.

Malassez et Galippe avaient, de plus, remarqué que les débris épithéliaux qui semblent se rapprocher de la dent, du fait de la poussée coronaire, paraissent reprendre une activité inexistante jusque là et se mettre à proliférer, à bourgeonner, à se creuser de cavités.

Cette mise en sommeil des débris, suivie d'un réveil provoqué par une pression, une congestion, une irritation lente et progressive, est un fait qui prend une importance nouvelle quand on étudie les tumeurs développées à leurs dépens".

Notons que Bouyssou met en doute le rôle du gubernaculum et encore plus celui de l'iter dentis dans l'éruption des dents.

Nous nous excusons de ce long rappel, mais la suite n'aurait aucun sens en son absence.

OBSERVATIONS.

Elles ne concernent que les cas les plus typiques des résorptions coronaires des C.I., elles se rapportent en majorité à des résorptions coronaires avec envahissement osseux de la couronne, malheureusement, tous ne sont pas opérés, et nous n'avons que très rarement les résultats d'un examen histo-pathologique.

Nous ne donnerons que les résumés des observations.

Observation n° 1 - Monsieur A, 43 ans - G3 incluse

Consulte en 1967 pour glossodynie. Il s'agit d'un psychopathe. Son praticien ayant découvert une canine supérieure gauche incluse, le patient désire son extraction qui sera faite, après examen général et de laboratoire, sous anesthésie générale par voie palatine.
La couronne présente une résorption, un envahissement osseux, elle fait corps avec l'os alvéolaire du côté mésial.
Les radiographies ont été rendues au patient à sa demande.
Examen histo-pathologique : pas fait.
Le patient ne ressent plus aucune douleur de la langue depuis l'intervention.

Nous pouvons dire sous toute réserve qu'il existait un trouble neurologique dans ce cas, quoique la part du psychisme du sujet doive être prise en considération.

Observation n° 2 : Madame B. - 24 ans - G3 incluse

Vient consulter en janvier 1971, envoyée par son praticien traitant.
Malgré sa jeunesse est édentée complète du haut.
Lors d'un examen radiographique avant prothèse, découverte fortuite de la canine supérieure gauche incluse ; cette dent apparait en situation haute, en forme d'hameçon la couronne remontant vers le haut se trouve près de la ligne médiane sous la fosse nasale gauche qu'elle affleure.
Les épreuves photographiques tirées des radiographies montrent :

a) que la dent est entièrement intra-osseuse
b) qu'il existe un espace clair péricoronaire, moins marqué du côté mésial.
c) qu'il existe une résorption-ossification coronaire.

Après examen général et examens de laboratoire :

- intervention fin janvier 1971 sous anesthésie locale par voie vestibulaire
- trépanation osseuse et dégagement de la couronne au ciseau frappé et à la gouge à main; la couronne faisant corps avec le tissu osseux voisin, nous avons réséqué l'os à distance (faible) malgré sa forme la racine s'est mobilisée aussitôt la couronne dégagée.

Les radiographies de la dent après extraction montrent :

. l'ankylose ostéo-coronaire
. la présence de tissu osseux intra coronaire
. à première vue il semble que la pénétration osseuse se soit faite au niveau de l'émail,

OBSERVATION n° 2 - Madame B... - 24 ans - G^3

Film occlusal	Film périapical
On distingue nettement de la couronne, l'espace partie conservé	l'invasion osseuse radio-clair est en

Radiographies de la dent après extraction, on notera :

- La forme de la dent en hameçon ;
- L'ankylose ostéo-coronaire, un fragment de tissu osseux adhére à la couronne ;
- L'intégrité de la pulpe et de la racine ;
- La résorption ossification coronaire à point de départ cervical.

pourtant en regardant mieux, on distingue des solutions de continuité à la partie cervicale de la dent, ceci sera confirmé par l'histopathologie (voir plus loin)

. la pulpe est intacte

. la racine n'a subi aucun processus de résorption

Les suites opératoires sont très bonnes.
Un examen histo-pathologique a été fait, nous en donnons les résultats au chapitre suivant.
Par sa position et l'absence de signe clinique, il ne semble pas que cette dent eut été en contact avec les autres organes dentaires.
L'âge auquel cette résorption fut découverte est assez remarquable pour être noté.

Observation n° 3 - Monsieur D.H. - 63 ans - G3 incluse

Envoyé en septembre 1968 par son praticien traitant pour un accident infectieux au niveau de G2.
La radiographie montre une canine supérieure gauche incluse, la couronne est en palatino-position, la racine est en vestibulo- position.
Cette canine présente une résorption coronaire, une trame osseuse se distingue à l'intérieur de la couronne.
Intervention, après examen d'usage, sous anesthésie locale, incision muqueuse vestibulaire et palatine.
Il existe un important foyer d'infection au niveau de la racine de G2 et de la couronne de G3.
Après les extractions de G2-G3 et curetage de débris granulomateux, on note une communication bucco-nasale qui se ferme spontanément dans la semaine suivant l'intervention.

Résultat de l'examen histo-pathologique : non connu.
Toutefois, il s'agit d'un sujet relativement âgé qui souffrait localement d'une infection chronique avec poussée aigue, la résorption coronaire peut entrer ici dans le cadre général des résorptions intra-dentaires de type externe ou périphérique si bien décrites par Bouyssou.

Observation n° 4 : Monsieur H.D. - 71 ans - G3 incluse

Nous est amené en janvier 1971 par son praticien ORL qui l'a opéré en mai 1970 pour une sinusite maxillaire gauche, ayant récidivé au bout d'un mois avec formation d'une fistule palatine, au niveau de G7 absente, d'où s'écoule un pus jaunâtre très abondant et nauséabond.
Les radiographies montrent, outre un sinus sombre, une canine incluse dont la couronne est résorbée et présente un envahissement osseux : la trame osseuse est nettement visible à l'intérieur de la couronne.
D3-D4-D5 sont sensibles à la percussion.
Intervention - après examen général (par un cardiologue, le sujet présentant une coronarite) et examens de laboratoire :
anesthésie générale.
Extractions de G2 - G4 - G5 suspectes.
Incision vestibulaire.
Trépanation osseuse par voie vestibulaire au ciseau frappé.
Extraction de G3 dont la couronne entièrement intra-osseuse est sans contact avec les alvéoles des dents précédemment extraites.
Cette couronne fait corps avec l'os environnant que nous avons dû réséquer au ciseau frappé pour la libérer ; par contre la racine est très facilement mobilisable, son extraction ne pose pas de problème.

OBSERVATION n° 3

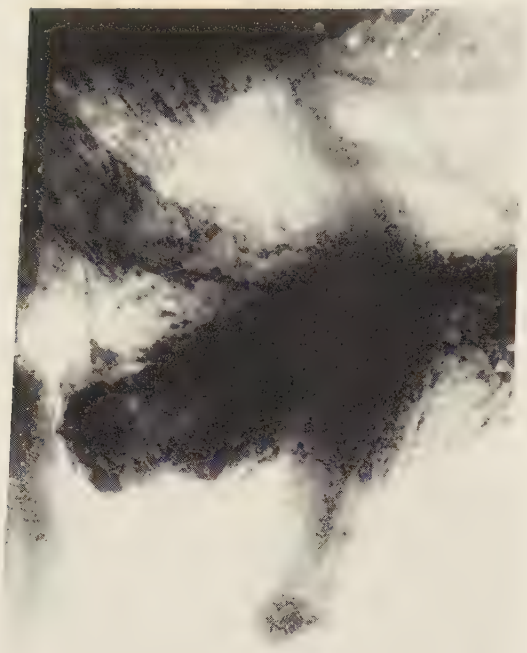
Monsieur D... - G^3

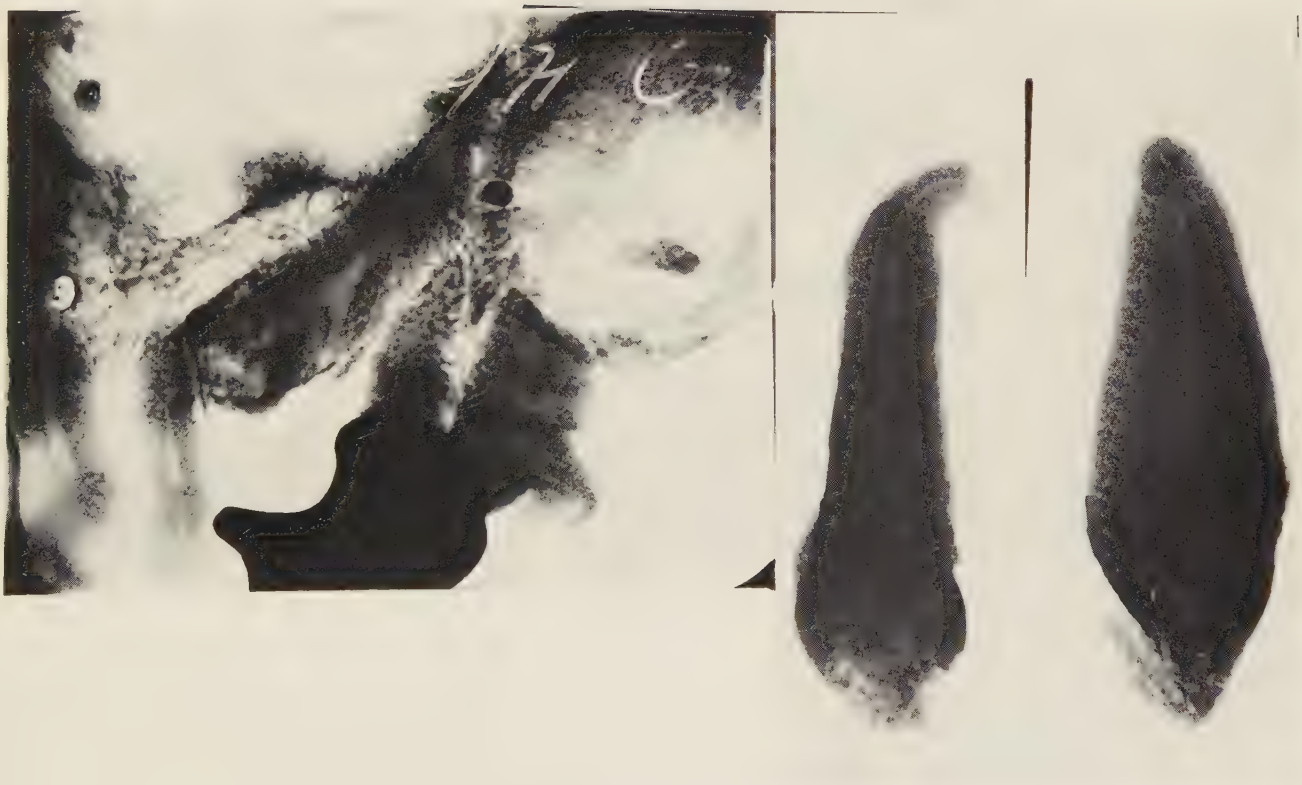
La résorption-ossification coronaire peut du fait de l'infection rentrer dans le cadre général des résorptions; remarquons la destruction de la région cervicale de G^3.

OBSERVATION n° 4 - Monsieur D... 71 ans - G^3

Radiographies, avant et après extraction, de G^3, on remarque :

- la résorption-ossification coronaire ;
- l'ankylose ostéo-coronaire ;
- le début probable de la résorption dans la région cervicale ;
- l'intégrité de la pulpe et de la racine.





Nous élargissons l'alvéole de G3 en direction du sinus dont l'ouverture provoque l'écoulement d'un pus abondant. L'incision est prolongée vers l'arrière, la paroi osseuse vestibulaire du sinus a disparu en partie, il en est de même d'une partie du plancher de l'orbite. Le sinus est rempli de fongosités.
Les suites opératoires sont bonnes, pas de récidive à ce jour.
L'examen anatomo-pathologique des tissus intrasinusiens a montré qu'il s'agissait d'une récidive de kyste infecté.
L'examen histo-pathologique de la canine n'a pas été fait à ce jour.

Observation n° 5 : Monsieur F.E. - 42 ans - D3 incluse

Découverte radiographique au cours d'un examen de D3 incluse du côté palatin, la couronne présente une résorption-ossification. En l'absence d'accident, le patient préfère la garder.

Observation n° 6 - Monsieur H.Y. - 45 ans - G3 incluse

Cas identique au précédent.

Observation n° 7 : Madame L.C. - 50 ans - D3-G3 incluse.

Nous est adressée en février 1970 par son praticien qui, au cours d'un examen radiographique pré-prothétique a découvert les deux canines du haut incluses.
- patiente édentée
- pas de symptôme.
Intervention après examen sous anesthésie générale.
Incision au niveau de la crête.

OBSERVATION n° 7

Madame L. - 50 ans - D^3 - G^3

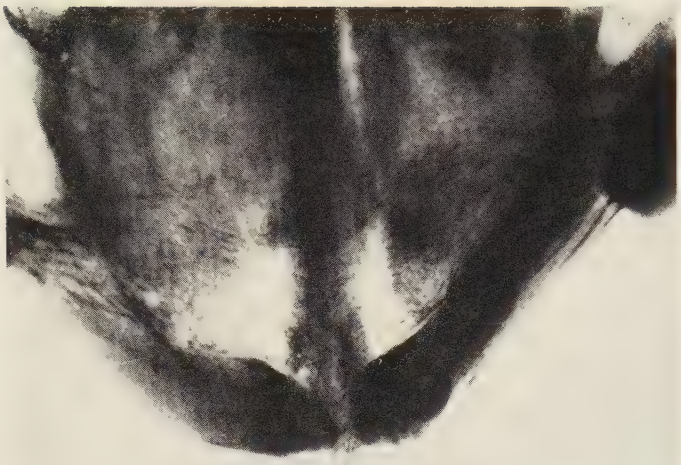
Radiographies avant extraction : les couronnes des canines restent séparées par un espace osseux, la résorption semble avoir débuté au niveau de l'émail

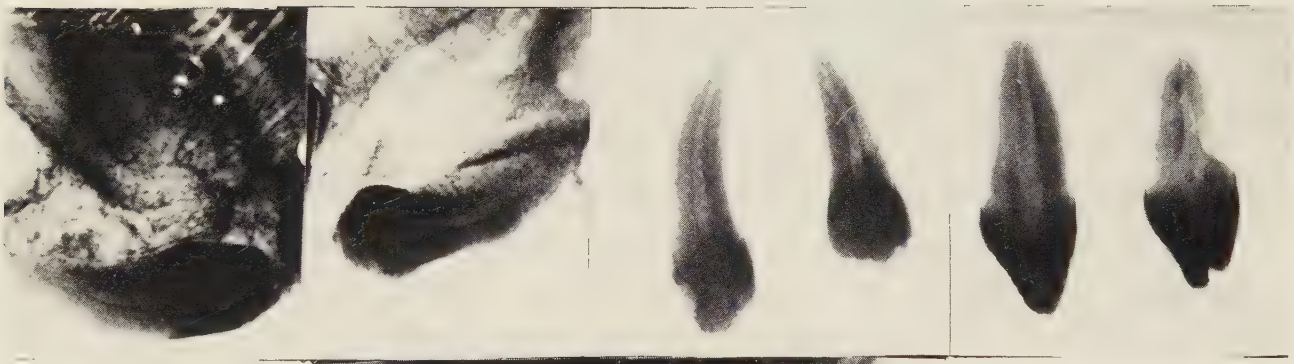
Radiographies des canines après extractions :
- la résorption atteint l'émail en premier

OBSERVATION n° 8

Madame L. - 33 ans - D^3 - G^3

On remarque une encoche de l'émail sur chaque dent incluse, mais peut-être s'agit-il d'une malformation





Dégagement des couronnes au ciseau frappé, elles font corps avec l'os environnant (ankylose ostéo-coronaire) elles sont en partie résorbées et envahies par le tissu osseux.
Les suites opératoires sont favorables.
Examen histo-pathologique : non fait.
Cliniquement et radiographiquement, il semble qu'il s'agisse essentiellement d'une résorption de l'émail.

Observation n° 8 : Madame L.M. - 33 ans - D3-G3 incluses

Au cours d'un examen systématique en 1958, les canines supérieures de première dentition étant en place, des radiographies sont faites : elles montrent les deux canines permanentes incluses du côté palatin, les espaces clairs péricoronaires sont visibles, on remarque une résorption limitée de l'émail près des cuspides avec apparemment apposition de tissu dur, il s'agit peut être de malformations.
Ne présentant aucun symptôme pathologique, la patiente veut garder ses dents incluses. Ce cas reste douteux pour notre étude.

Observation n° 9 : Madame J.M. - 60 ans - D3-G3 incluses

Lors d'un examen systématique, les canines permanentes supérieures étant absentes, des radiographies furent faites. Elles montrent :

- les deux canines incluses du côté palatin,
- les deux couronnes de ces canines présentant une résorption + ossification avec radiographiquement ankylose ostéo-coronaire.

Ces dents ne donnant pas d'accident, et la patiente présentant outre une azoténie élevée, un rhumatisme chronique évolutif, le médecin traitant nous demande de ne pas intervenir.
Les résorptions coronaires semblent s'être faites après résorption de l'émail, toutefois, les dents n'ayant pas été extraites, ce fait ne peut être affirmé.

Observation n° 10 : Mademoiselle M.L. - 45 ans - D3 incluse

Vient consulter en novembre 1966 pour la canine supérieure droite de 1° dentition très mobile.
Les radiographies montrent D3 incluse dont la couronne a subi une importante résorption accompagnée d'ossification; la trame osseuse est nettement visible sur la radiographie, l'espace clair péri-coronaire a disparu en partie, on peut prévoir une ankylose ostéo-coronaire.
La patiente présente une parodontose, elle garde depuis plusieurs mois une ligature du côté supérieur gauche.
Intervention après examens : Décembre 1966 sous anesthésie générale, incision palatine, la couronne de la canine est entièrement intra-osseuse, elle fait corps avec l'os alvéolaire, elle n'a aucun contact avec les dents voisines son dégagement est fait à la fraise; la racine est très facilement luxée.
Les suites opératoires sont bonnes.
Examen histo-pathologique : la dent a été confiée a un très éminent confrère spécialisé en histo-pathologie stomatologique, nous attendons les résultats. Il serait intéressant de voir à quel niveau s'est faites la résorption et si son point de départ est cervical.

OBSERVATION n° 9

Madame L. - 60 ans - D^3 - G^3

On observe :

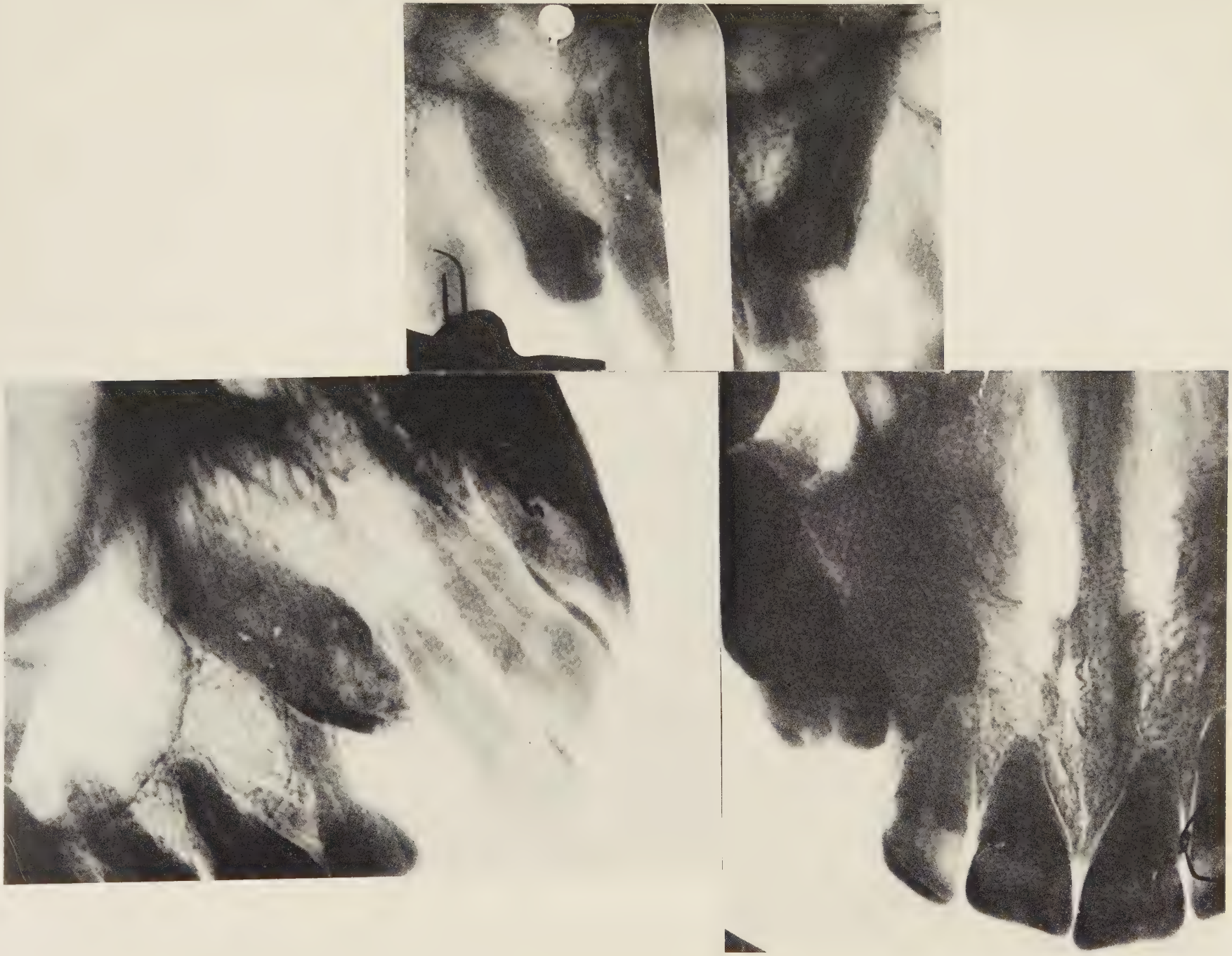
- la disparition des espaces radio-clair ;
- les tissus osseux péricoronaires apparaissent plus condensés, ce qui laisse supposer des ankyloses ostéo-coronaires ;
- la résorption-ossification semble s'être faite à travers l'émail sans que l'on puisse l'affirmer, les dents n'ont pas été extraites.

OBSERVATION n° 10 - Melle M. - 45 ans - D^3

On note :

- la trame osseuse intra-coronaire ;
- la canine incluse reste à distance (faible) des dents voisines ;
- la disparition de l'espace radio-clair partiellement fait prévoir une ankylose ostéo-coronaire.

Il serait intéressant d'avoir les résultats de l'examen anatomo-pathologique afin de situer le point de départ de la résorption.



De toute façon, on peut affirmer :
- ankylose ostéo-coronaire,
- résorption-ossification coronaire,
- respect de la racine,
- respect probable de la pulpe.

Observation n° 11 : Monsieur P.P. -60 ans - D3-G3 incluses (diabétique)

Vient consulter en 1971 pour l'instabilité d'une prothèse complète du haut.
Les radiographies montrent les deux canines supérieures incluses dont les couronnes, en particulier celle de gauche, ont subi une résorption et une ossification coronaire; on note :

- que les deux dents restent à distance l'une de l'autre
- sur la canine de gauche, la résorption est très avancée, le point de départ semble se situer dans la région cervicale, la trame osseuse intra-coronaire est très visible.

Les examens de laboratoire ont révélé un diabète ignoré, le patient n'étant pas équilibré, l'intervention est retardée.

Observation n° 12 : Monsieur S.O. - 37 ans - D3 incluse (boulanger)

Envoyé en septembre 1971 par son praticien pour une tuméfaction supérieure droite qui gêne le port d'une prothèse complète.
Cette tuméfaction siège au niveau du vestibule dans la région paramédiane supérieure droite, de la grosseur

d'une petite prune, elle a une consistance de balle de ping-pong, elle est indolore mais provoque la chute de la prothèse.
Les radiographies montrent une canine supérieure droite incluse et ce qui semble un kyste péricoronaire; pourtant l'attention est attirée par la résorption du sommet de la cuspide.
Intervention après examens.
Incision sur la crête et vestibulaire, on pratique l'exérèse d'un kyste de la grosseur d'une petite prune siégeant dans la partie paramédiane droite.
L'exérèse du kyste étant faite, la couronne de la canine apparaît, mais elle est adhérente sur sa face palatine avec l'os alvéolaire dont un morceau se fracture et reste adhérent à la dent lors de l'extraction d'ailleurs facile.
Pas d'examen histo-pathologique.

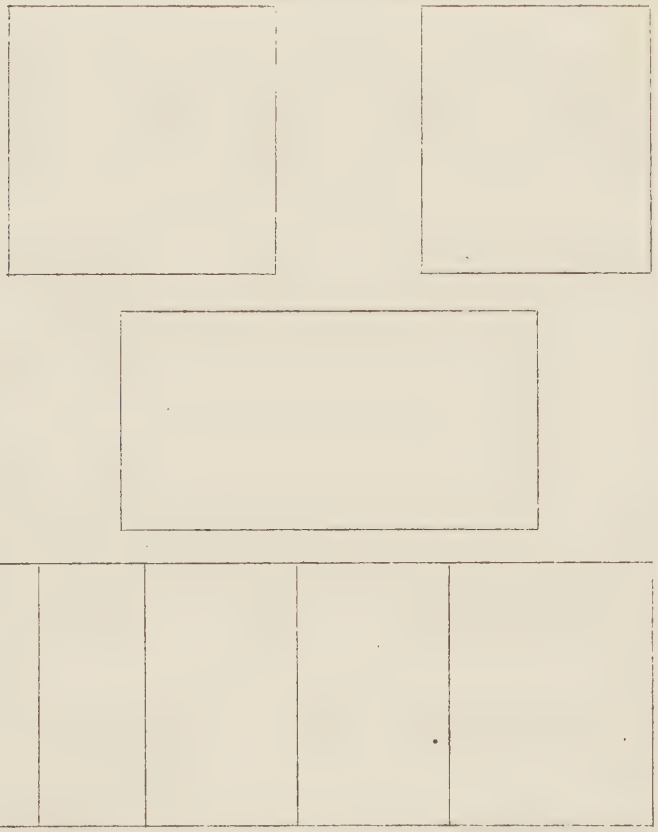
Observation n° 13 : Madame J. 38 ans - présentant une parodontose.

Il ne s'agit pas d'une canine incluse, mais de la résorption intra-dentaire de type externe ou périphérique de l'incisive supérieure gauche.
Nous montrons cette radiographie pour bien faire apparaitre l'aspect nettement différent des résorptions atteignant les canines incluses, en effet si la pulpe est respectée, et le début dans la résorption cervicale, la résorption atteint la région de voisinage (couronne et racine) et non la couronne seule.

OBSERVATION n° 11 -

Monsieur P. 60 ans (diabétique) D^3 - G^3

La résorption est plus visible sur la canine gauche, elle semble avoir débuté dans la région cervicale.



OBSERVATION n° 12

Monsieur S. - 37 ans

D^3

On note :

- la présence d'un kyste extra-coronaire ;
- la résorption de la couronne encochant l'émail ;
- l'ankylose ostéo-coronaire.

OBSERVATION n° 13

Madame J. - 38 ans - G^1

Résorption intra-dentaire de type externe ou périphérique atteignant l'incisive supérieure gauche.

- La résorption s'est faite dans la zone cervicale ;
- La pulpe est respectée, la dent a conservé sa vitalité ;
- L'extension de la résorption s'est faite symétriquement vers la couronne et vers la racine.

Bien que rentrant dans le même cadre, les résorptions atteignant les canines incluses sont d'un aspect bien différent.

HISTO - ANATOMO - PATHOLOGIE

Examen capital, il permet de suivre le processus de résorption-ossification, il éclaire d'un jour nouveau la clinique, mais fait naître plusieurs questions qui, pour nous, resteront souvent sans réponse.

Difficultés rencontrées.

Les dents sont difficiles et longues à décalcifier, les coupes non aisées à réaliser; les préparations par usure sont trop épaisses.

- les anatomo-pathologistes non spécialisés, ou bien refusent le travail, ou par manque d'expérience n'arrivent pas à un résultat valable.
- les anatomo-pathologistes spécialisés sont surchargés de travail.
- Plusieurs dents ont été perdues par une mauvaise décalcification.
- Nous attendons les résultats de l'observation n° 10
- Certaines dents n'ont pas encore fait l'objet d'un examen anatomo-pathologique.
- Seule, une dent a pu être examinée, il s'agit de l'observation n° 2; nous donnons plus loin les résultats de l'examen histo-pathologique de cette canine supérieure gauche profondément incluse ayant subi une résorption-ossification.

La décalcification et les coupes ont été réalisées par Monsieur le Professeur Michel BECHET, Histologiste au C.H.U. de Marseille.
Madame le Docteur MATOSSY, anatomo-pathologiste à Avignon a bien voulu nous aider à interpréter les préparations. Nous avons pris des photographies des coupes.

Etude anatomo-pathologique concernant l'observation n° 2.

A l'examen des radiographies et de la dent après son extraction, j'étais persuadé, bien que la zone cervicale de la dent apparaissait atteinte, que la résorption s'était faite au niveau de l'émail puis était devenue intra-coronaire; en réalité, il n'en est rien, les examens microscopiques et macroscopiques des coupes montrent que la résorption et l'ossification (nous employons les deux termes ensemble, car il apparait clairement à l'examen des coupes que les deux phénomènes sont concomitants) s'est produite dans la région cervicale de la dent à la jonction émail-cément, cette zone est en partie détruite par la résorption.
La résorption et l'envahissement osseux se sont poursuivis vers la couronne dans la dentine atteignant par endroits l'émail, on remarque les digitations osseuses intra-dentinaires se dirigeant de la région cervicale vers le sommet de la couronne, toutefois :
- la pulpe est respectée,
- la racine n'est pratiquement pas atteinte, malgré l'importance de la résorption-ossification. Cette racine est peu visible sur les coupes, ceci se comprend par la forme en hameçon de la dent, qui rend presque impossible

d'avoir une coupe de la canine entière. Nous avons choisi les cinq préparations les plus intéressantes concernant la couronne et la zone cervicale,

- la continuité dans la région cervicale entre l'os alvéolaire et le tissu osseux intra-coronaire est remarquable.

Nous n'avons pas vu d'épithélium péri-coronaire. Il s'agit donc d'une résorption intra-dentaire de type externe ou périphérique (terminologie de Bouyssou) mais cette résorption est ici typique des canines incluses par :

a) sa répartition
   - début dans la région cervicale,
   - strictement intra-coronaire,
   - respect de la chambre pulpaire,

b) l'importance de l'ossification
   l'os néoformé étant peu différent du tissu osseux voisin,

Il lui fait suite dans solution de continuité créant une véritable ankylose ostéo-coronaire.

c) l'importance du tissu conjonctif de résorption richement vascularisé mais qui n'est ni inflammatoire ni infiltrant.

Le tissu conjonctif intra-dentinaire forme le lit de l'ossification.

Etude détaillée des Cinq Coupes.

Toutes montrent la couronne et la zone cervicale faites à des niveaux différents dans des plans sagittaux par rapport à la couronne de la dent; numérotées de un à cinq, les deux premières sont latéro-pulpaires, les trois autres intéressent la région médiane de la pulpe.

En raison de sa forme, la dent entière ne peut figurer sur les lames.
Nous avons négligé la racine non atteinte par le processus de résorption.
Les préparations présentent des déchirures et des plis, ce sont des artefacts.

ETUDE MACROSCOPIQUE. -

A. Etude faite à Faible Grossissement après projection des lames sur papier sensible.

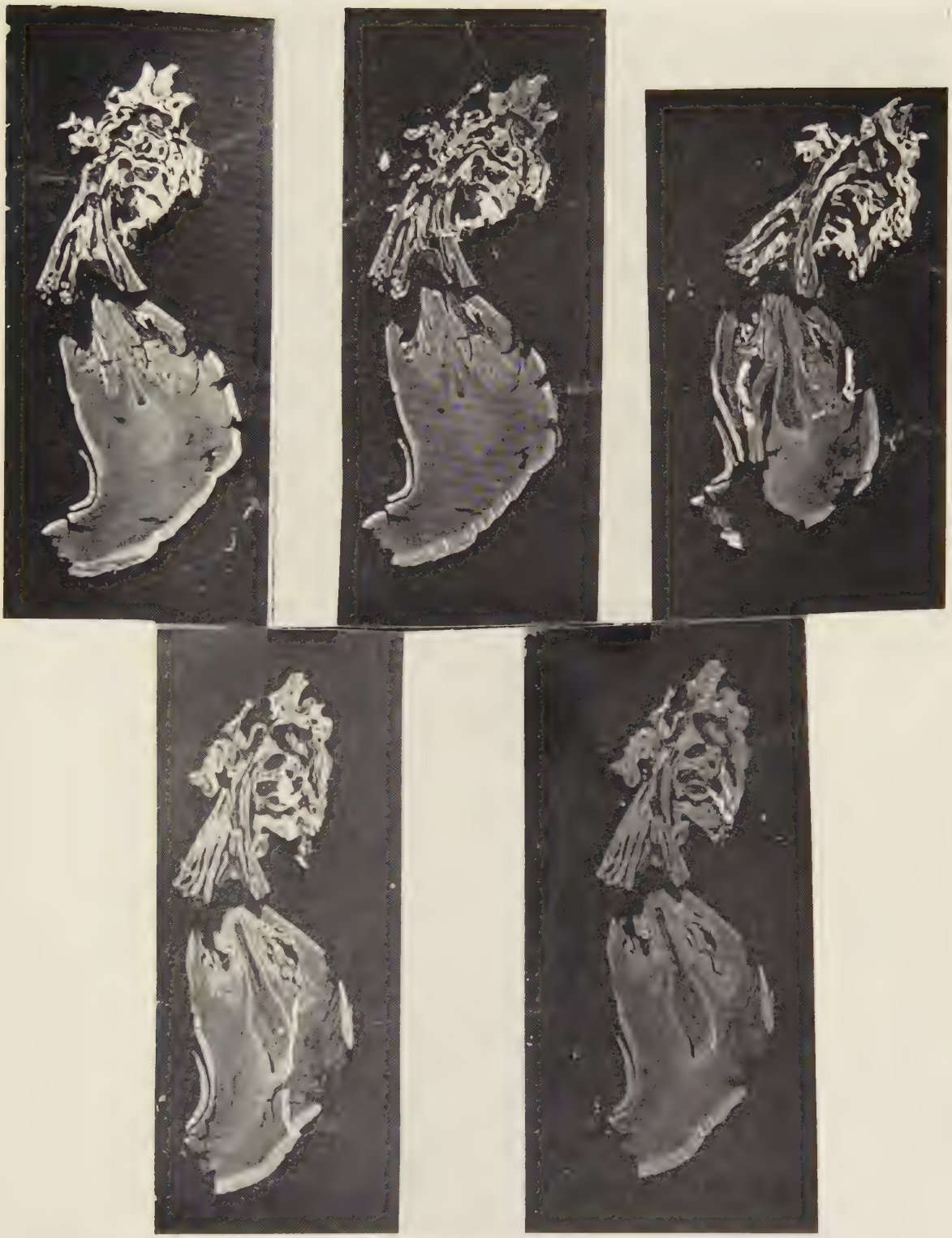
On remarque :
- que la moitié supérieure de la couronne est intacte,
- que la moitié inférieure de cette couronne peut être divisée en deux parties :

1° Zone cervicale ou de pénétration
Cette région est presque entièrement détruite par la résorption qui pourtant n'atteint pas la pulpe. En faisant un petit effort d'imagination pour reconstituer les préparations, on s'aperçoit :
. que l'os néoformé fait suite à l'os alvéolaire, son aspect macroscopique en diffère peu, la transition est très progressive.

2° Zone sus-vervicale ou d'envahissement.
La résorption et l'envahissement osseux sont simultanés, se développant au niveau de la dentine très altérée sinon entièrement détruite dans tout l'espace compris entre l'émail et la pulpe qui est conservée intacte. De chaque côté de la pulpe la résorption se fait

AGRANDISSEMENTS par projection sur papier sensible des lames : 1 - 2 - 3 - 4 - 5. On remarque :

- la résorption-ossification de la zone cervicale vers la couronne ;
- l'os néoformé fait suite à l'os alvéolaire ;
- la résorption atteint principalement la dentine.



de la zone cervicale vers la couronne, elle se présente telle deux champignons ou deux nuages s'élevant à travers la dentine de la région cervicale vers la partie moyenne de la couronne.

Les zones de résorption-ossification paraissent macroscopiquement assez bien délimitées, pourtant sur les figures 1, 2 et 3 le processus de résorption semble se poursuivre activement en direction du sommet de la dent.

B. Etude Macroscopique faite à faible grossissement sur des photographies de Coupes.

- elle confirme les observations précédentes,
- elle permet de mettre en évidence que la résorption, l'envahissement tissulaire et l'ossification se font à travers une dentine altérée sous forme de digitations toutes orientées en bouquet vers la partie moyenne de la couronne.

Les coupes 1 et 2 para-pulpaires montrent :

- un très important processus de résorption-ossification dans la zone cervicale avec continuité entre os alvéolaire et os néoformé d'où ankylose ostéo-coronaire vraie.
- une zone d'envahissement sus-cervicale où la résorption très active occupe presque toute la dentine.
- une pulpe intacte.

Sur la coupe 1 l'émail semble infiltré près du sommet de la couronne, ceci doit être un artefact de décalcification.

Les coupes 3, 4 et 5 montrent :

- une pulpe indemne de toute atteinte, à son regard la ligne de démarcation entre dentine résorbée et dentine saine parait assez bien délimitée.

AGRANDISSEMENTS PHOTOGRAPHIQUES des coupes 1 - 2 - 3 - 4 - 5.

On observe : - la continuité entre os néoformé et os alvéolaire ;
- la résorption se fait de la zone cervicale vers la couronne ;
- les digitations de tissu de résorption + os néoformé se dirigent vers la partie moyenne de la couronne à travers une dentine remaniée ;
- le respect de la pulpe.

. un processus de résorption-ossification actif vers la partie moyenne de la couronne et vers l'émail de la région sus-cervicale.

ETUDE MICROSCOPIQUE.

Elle a été faite à l'examen direct, mais objectivée sur des photographies.

Des montages photographiques nous ont permis d'avoir des vues de la pulpe et de territoires voisins.

Elle se limitera aux zones de résorption, c'est-à-dire aux régions cervicales et sus-cervicales.

Etude la coupe n° 1

A. Région sus-cervicale : montage photographique.
Le processus de résorption est en pleine activité.
La dentine au contact des zones de résorption est remaniée, altérée pulvérulente par endroits.

Notons :

L'importance du tissu conjonctif bien vascularisé à l'intérieur des plages de résorption; ce tissu conjonctif assez lâche n'est pas inflammatoire.

L'os néoformé se présente sous forme de spicules, de lames qui envahissent ou remplacent le tissu de résorption (conjonctif); la résorption-ossification se fait en direction de la partie moyenne de la dent et de l'émail sous forme de digitations en bouquet.

La zone de démarcation entre dentine saine et résorbée est irrégulière, mais en regard de la pulpe elle est mieux limitée, presque linéaire dans certains secteurs.

La pulpe est saine, sans altération.

ETUDE MICROSCOPIQUE, COUPE n° 1, grossissement x 35 environ.

Montage photographique au niveau de la région sus-cervicale, on remarque :

- l'intégrité de la pulpe
- les boyaux de résorption se dirigeant vers la partie moyenne de la couronne au milieu d'une dentine remaniée.

Ds : dentine saine
Dr : dentine remaniée
Tr : Tissu de résorption (tissu conjonctif fibrillaire)
Oj : Os jeune

COUPE n° 1, grossissement x 70 environ de la région cervicale ou de pénétration gauche (à droite pour le lecteur).

On remarque :

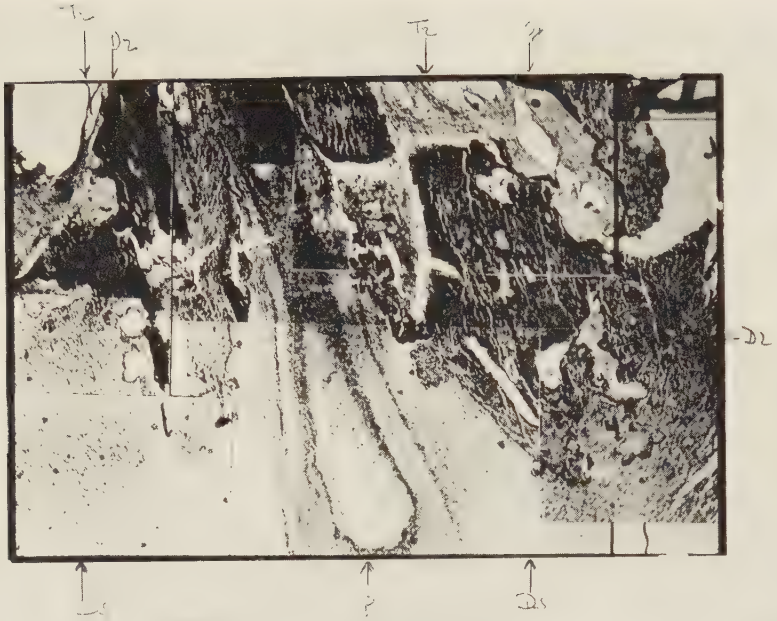
- la continuité entre l'os alvéolaire et l'os intra-dentaire ;
- la similitude entre ces deux os ;
- l'os intra-dentaire est au contact de la dentine saine dont il reste séparé par une ligne assez nette (liseré amorphe) ;
- le processus de résorption semble stabilisé dans cette zone.

Ds : Dentine saine
Oa : Os alvéolaire
Oi : Os intra-dentaire

ETUDE MICROSCOPIQUE :

COUPE n° 1, agrandissement x 70 environ de la région sus-cervicale droite (à gauche pour le lecteur).

Ca : Capillaire
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
P : Pulpe
ITr : Ilot de tissu de résorption
TR : Tissu de résorption
Spo : Spicule osseux
Art : Artefact
Dc : Déchirure due à la préparation.


Tr
D2
Tr
D2
Dc
Ds

Oa
Dc
Dc

Tr
Ca
Ar
Spo
D2
ITr + Ca

B. Photographies à un fort grossissement.

Elles objectivent plus nettement :

- l'intégrité de la pulpe et la stabilité relative du processus de résorption à son regard;
- la photographie de la région cervicale ou de pénétration montre :
  - la continuité entre l'os alvéolaire et l'os intra-dentaire, il en résulte une ankylose ostéo-coronaire vraie ;
  - la similitude entre l'os alvéolaire et l'os intra-dentaire, la transition est très progressive;
  - l'os intra-dentaire vient au contact de la dentine saine, il en reste séparé par une ligne assez nette un liseré amorphe;
  - l'os alvéolaire est rubané (avec des ébauches de canaux de Havers);
  - le processus de résorption semble stabilisé.
- les photographies de la zone sus-cervicale droite (à gauche pour le lecteur) montrent :
  - au milieu d'une dentine remaniée des plages de tissu de résorption formées du tissu conjonctif d'aspect fibrillaire bien vascularisé, mais non inflammatoire; les vaisseaux capillaires sont remplis d'hématies.
  - le tissu conjonctif entrelace quelques éléments graisseux
  - à la partie haute de la plus grande plage de tissu de résorption on note un spicule osseux où l'examen microscopique direct met en évidence de nombreux ostéocytes;
  - au voisinage de l'ossification, le tissu conjonctif est presque en contact de la dentine saine

COUPE n° 1 : GROSSISSEMENT x 175 environ, au même niveau que la précédente :

Ca : Capillaire (rempli d'hématies)

Tr : Tissu de résorption (conjonctif fibrillaire)

Dr : Dentine remaniée.

COUPE n° 1, fort grossissement (x 500 environ) de la zone marquée X de la coupe précédente ; on remarque des ostéoclastes à la jonction du tissu de résorption et de la dentine altérée ; ici le processus de résorption est actif.

Dr : Dentine remaniée

Ost : Ostéoclaste

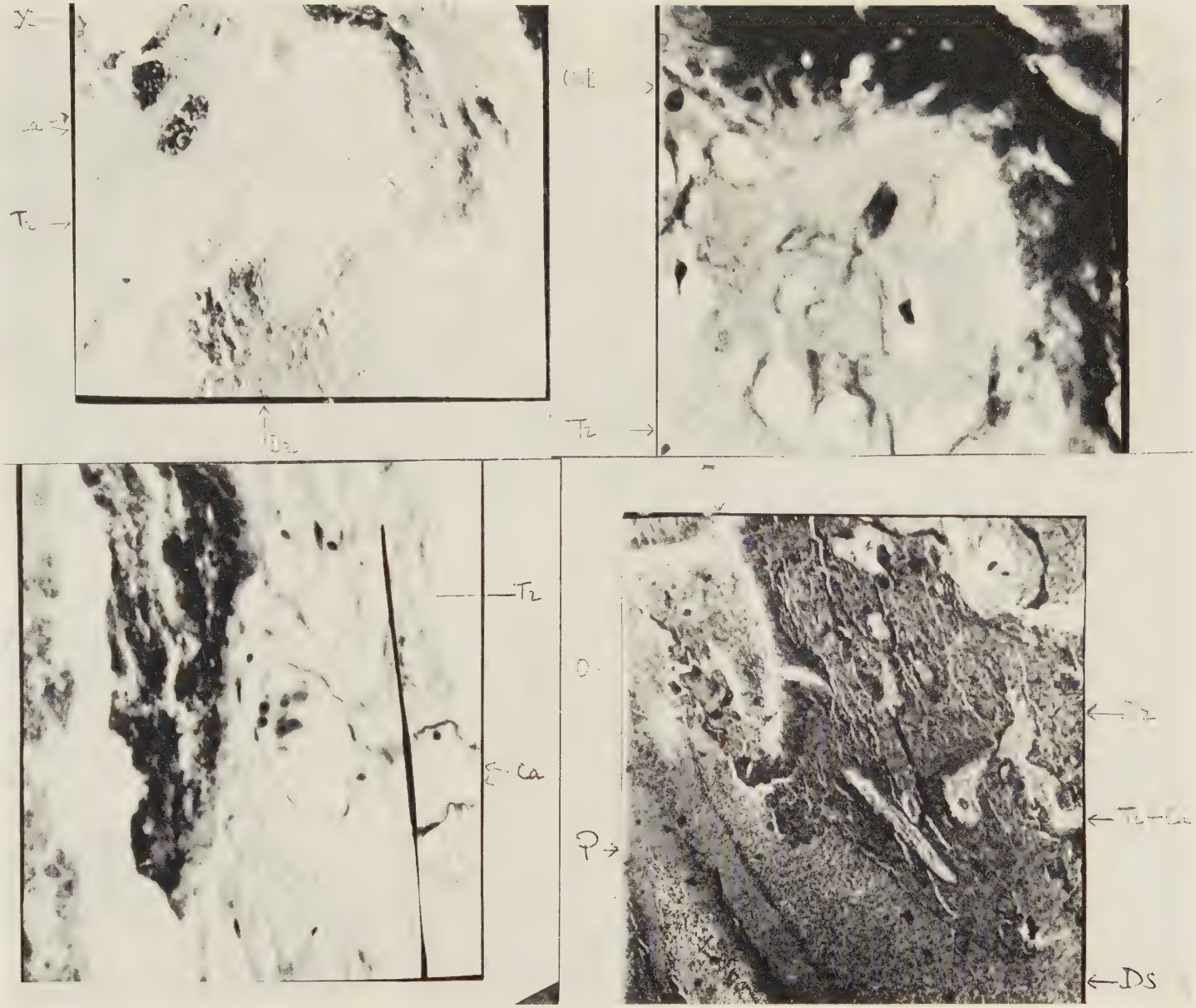
Tr : Tissu de résorption

COUPE n° 1 : Fort grossissement (x 1000 environ) montrant deux capillaires irriguant le tissu de résorption d'aspect fibrillaire

COUPE n° 1 : GROSSISSEMENT x 70 environ

Région latérale gauche (à droite pour le lecteur)

Ca : Capillaire
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Os
Tr : Tissu de résorption


Ca
T2
T2
T2
Ca
T2
T2-Ca
Ds

dont il n'est séparé que par une couche mince de dentine dégradée, la limite entre tissu sain et résorbé est irrégulière, festonnée, la coloration est plus dense;

- au sein de la dentine altérée existent plusieurs digitations de tissu de résorption conjonctif vascularisé.
- a un fort grossissement de la zone marquée X de la plus grande plage de résorption on remarque :
  - des ostéoclastes à la jonction du tissu de résorption et de la dentine altérée, ici le processus de résorption semble actif.
- les photographies de la région latéro-pulpaire gauche (à droite pour le lecteur) mettent en évidence le tissu conjonctif de résorption richement vascularisé; ce tissu peut être considéré comme un tissu de pré-ossification.

Etude la coupe n° 2.

A. Région cervicale et sus-cervicale : montage photographique.

Observations identiques à l'étude de la coupe n° 1, ici :
- l'intégrité de la pulpe est plus évidente,
- les véritables choux-fleurs auxquels ressemblent les zones de résorption-ossification se dirigent vers la partie moyenne de la dent et l'émail sus-cervical,
- dans les travées de tissu de résorption conjonctif vascularisé en voie de transformation, on distingue de part et d'autre de la pulpe des spicules et des lames d'os jeune.

B. Photographie de la zone sus-cervicale gauche (à droite pour le lecteur) à un plus fort grossissement, met en évidence des plages irrégulières de dentine altérée atteignant presque l'émail, comme si ce

COUPE n° 2 - Grossissement x 35 environ, montage photographique de la région sus-cervicale. On retrouve ici :

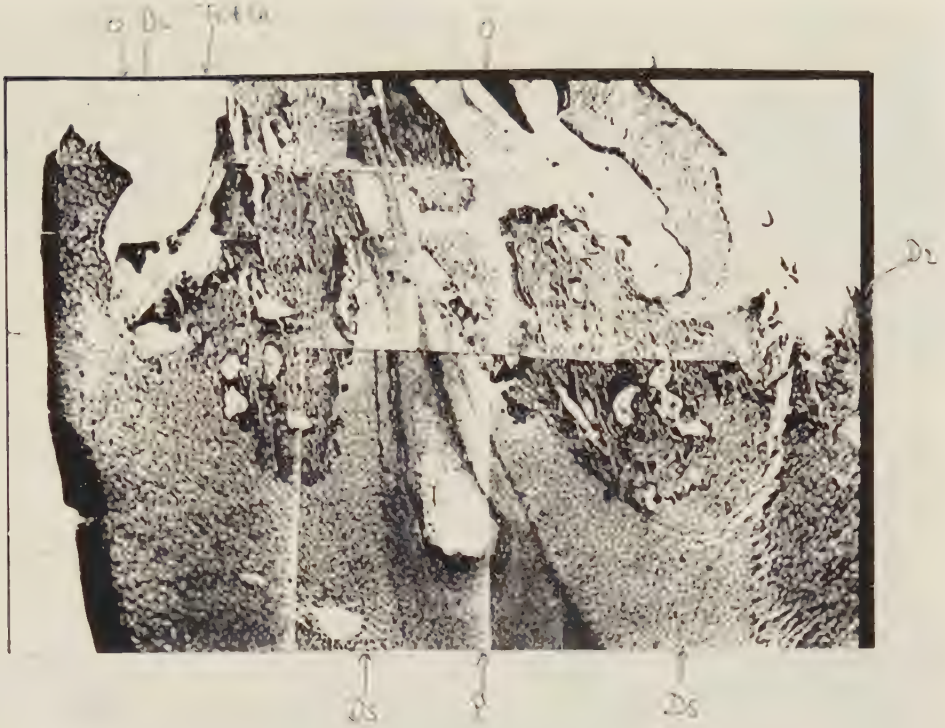
- l'envahissement dentinaire de la couronne par la résorption-ossification ;
- l'intégrité de la pulpe.

Ca : Capillaire
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Os
P : Pulpe
Tr : Tissu de résorption
Dc : Déchirure due à la préparation

COUPE n° 2 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale gauche.

Ca : Capillaire
Oj : Os jeune
Dr : Dentine remaniée
Tr : Tissu de résorption
P : Pulpe



dernier avait été contourné par le processus de résorption au niveau de la jonction amélo-cémentaire.

A la partie moyenne de la dentine dégradée, présence de plages de tissu conjonctif bien vascularisé de structure fibrillaire.

Etude la coupe n° 3

A. Région pulpaire : montage photographique

- la dentine remaniée formant un véritable magma tissulaire vient presque au contact de la pulpe dans la région sus-cervicale, pourtant elle en reste séparée par un tissu minéralisé plus dense.
- la pulpe est saine, on distingue les capillaires intra-pulpaires, pas de signe d'inflammation, les odontoblastes disparaissent progressivement au fur et à mesure que la zone de résorption se rapproche de la pulpe, pourtant, en regard de celle-ci le processus de résorption semble stabilisé.
- dans la zone cervicale et sus-cervicale les formations osseuses, au sein du tissu conjonctif vascularisé de résorption sont nombreuses, elles ont une même orientation, sensiblement parallèle à la pulpe dont elles s'écartent progressivement en éventail.

B. Photographies à un plus fort grossissement.

- la résorption semble stabilisée dans la région sus-cervicale en regard et au contact de la pulpe.
- la dentine résorbée est altérée, puis envahie par un tissu conjonctif bien vascularisé d'aspect fibraillaire, c'est une zone de remaniement, présentant par endroit une ébauche de tissu ostéoïde.
- de tissu conjonctif est envahi (ou donne naissance par transformation) lui même par du tissu osseux jeune où

COUPE n° 3

grossissement x 35 environ, montage photographique, région pulpaire ;

malgré l'importance de la résorption-ossification de la dentine, la pulpe est indemne ;

les odontoblastes disparaissent progressivement au fur et à mesure que la zone de résorption se rapproche de la pulpe.

Fig. A

COUPE n° 3 - Grossissement x 70 environ.

Région pulpaire sus-cervicale montrant la pulpe indemne malgré l'importance de la résorption.

Ca : Capillaire

Ds : Dentine saine

Dr : Dentine remaniée

P : Pulpe

Tr : Tissu de résorption

Ø fa intra-pilaire
T2
D2
D1

Fig. B

COUPE n° 3 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale droite

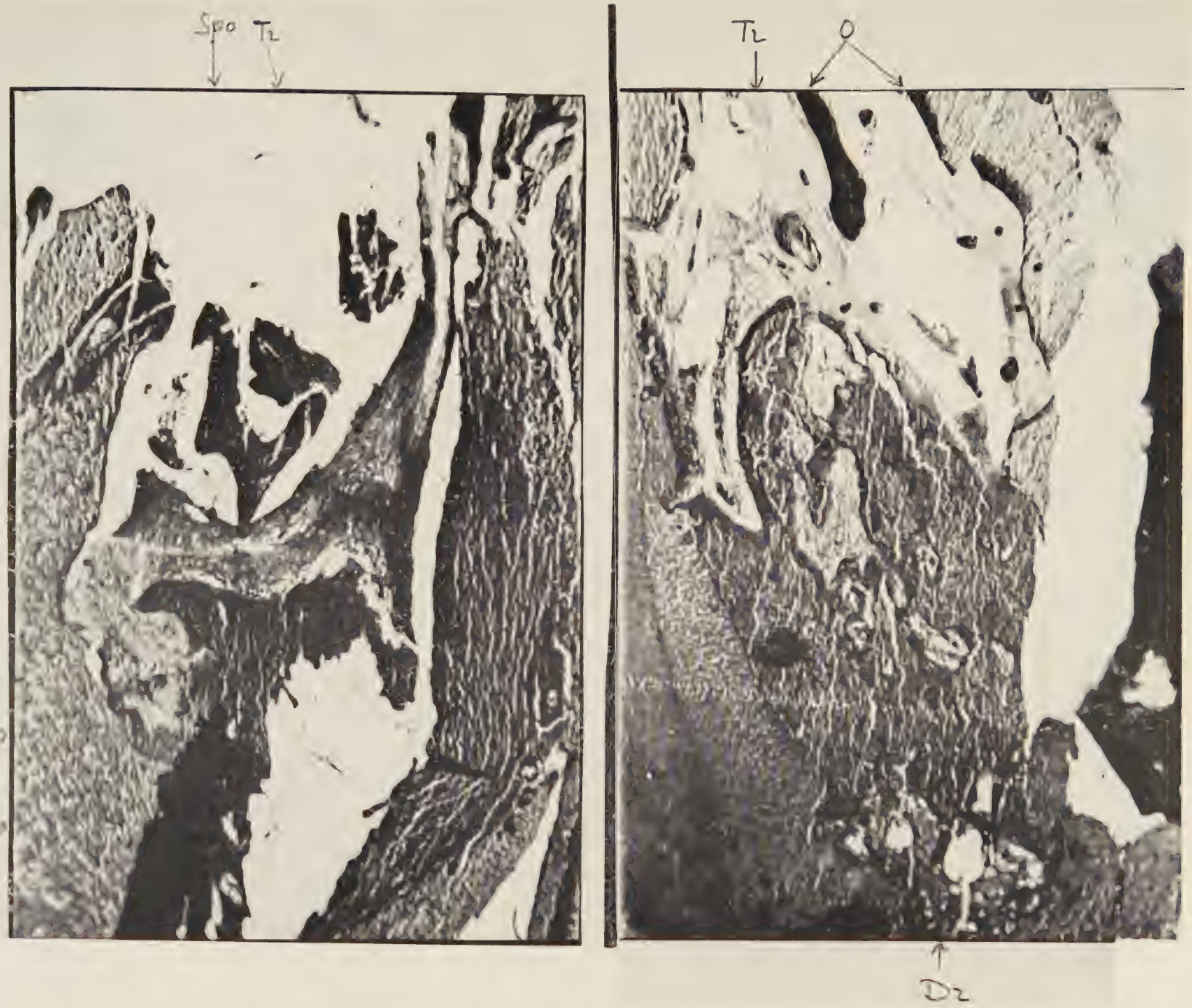
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
Spo : Spicule osseux
Tr : Tissu de résorption

Fig. C

COUPE n° 3 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale gauche

Dr : Dentine remaniée
O : Os (intra-dentaire)
Tr : Tissu conjonctif de résorption


Spo
T2
T2
O
D2

l'on voit (au microscope) de nombreux ostéocytes.
- l'agrandissement B intéressant la partie droite sus-cervicale permet de voir un spicule osseux important du centre du tissu conjonctif dont il reproduit un peu la forme en plus petit.
- la figure C à gauche de la pulpe (à droite pour le lecteur) montre de nombreuses digitations de tissu conjonctif vascularisé, mais non inflammatoire au milieu d'une dentine altérée; au centre et sur les bords de ce tissu conjonctif on remarque des lamelles osseuses ainsi que des points d'ossification.

Nous avons donc trois étapes de résorption :

- dentine altérée
- tissu conjonctif
- dépôts ostéeoïdes et os

avec interpénétration, certains points d'ossification se trouvant presque au contact de la dentine saine.

Nous avons vu quelques ostéoclastes; peut-être ont-ils été altérés lors de la préparation, nous pensons qu'ils sont peu nombreux.

Etude de la coupe n° 4

A. Région sus-cervicale au niveau de la pulpe

Montage photographique.

- la pulpe intacte est entourée d'une dentine en voie de transformation. Nous retrouvons les plages de tissu conjonctif vascularisé non inflammatoire, les spicules et les lames osseuses.
- la limite entre dentine altérée et dentine saine est irrégulière, festonnée sauf en regard de la pulpe.

COUPE n° 4 - Grossissement x 35 environ

Montage photographique de la région pulpaire montrant l'intégrité de la pulpe malgré l'importance de la résorption dentinaire.

Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Tissu osseux
P : Pulpe
Tr : Tissu de résorption
Ar : Artefact

Fig. A

COUPE n° 4 - Grossissement x 70 environ.

Région sus-cervicale latéro-pulpaire droite.

Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Tissu osseux
P : Pulpe
Ca : Capillaire
Tr : Tissu de résorption

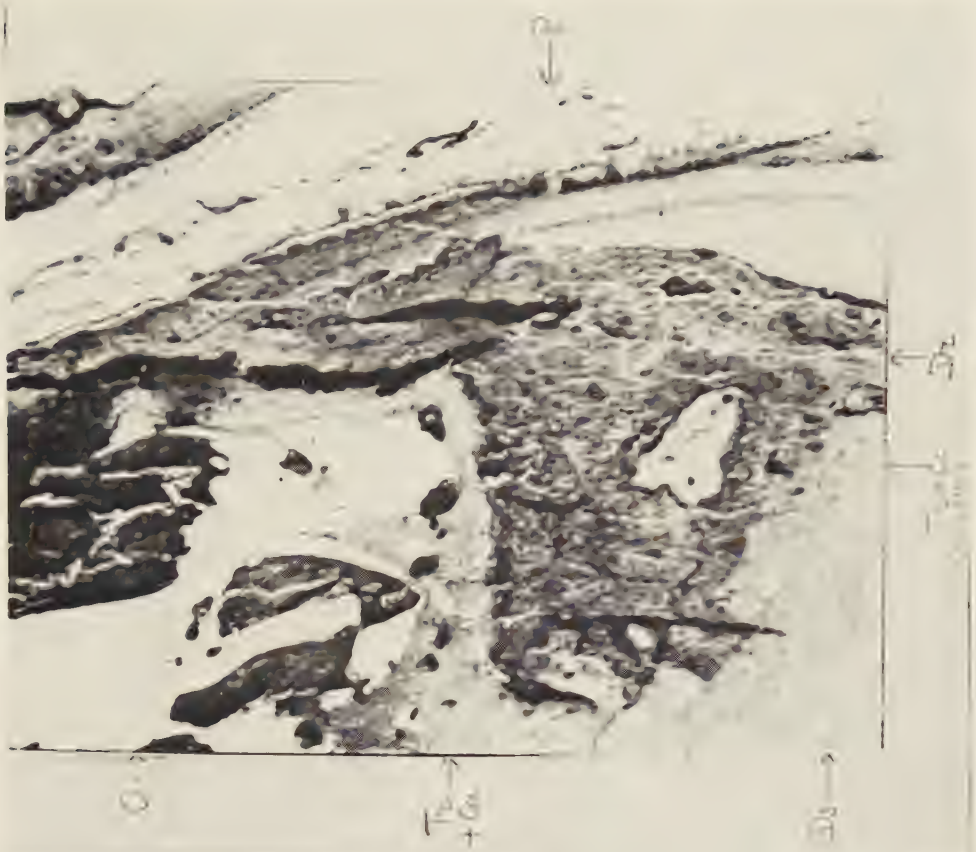


Fig. A_2

COUPE n° 4 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale droite.

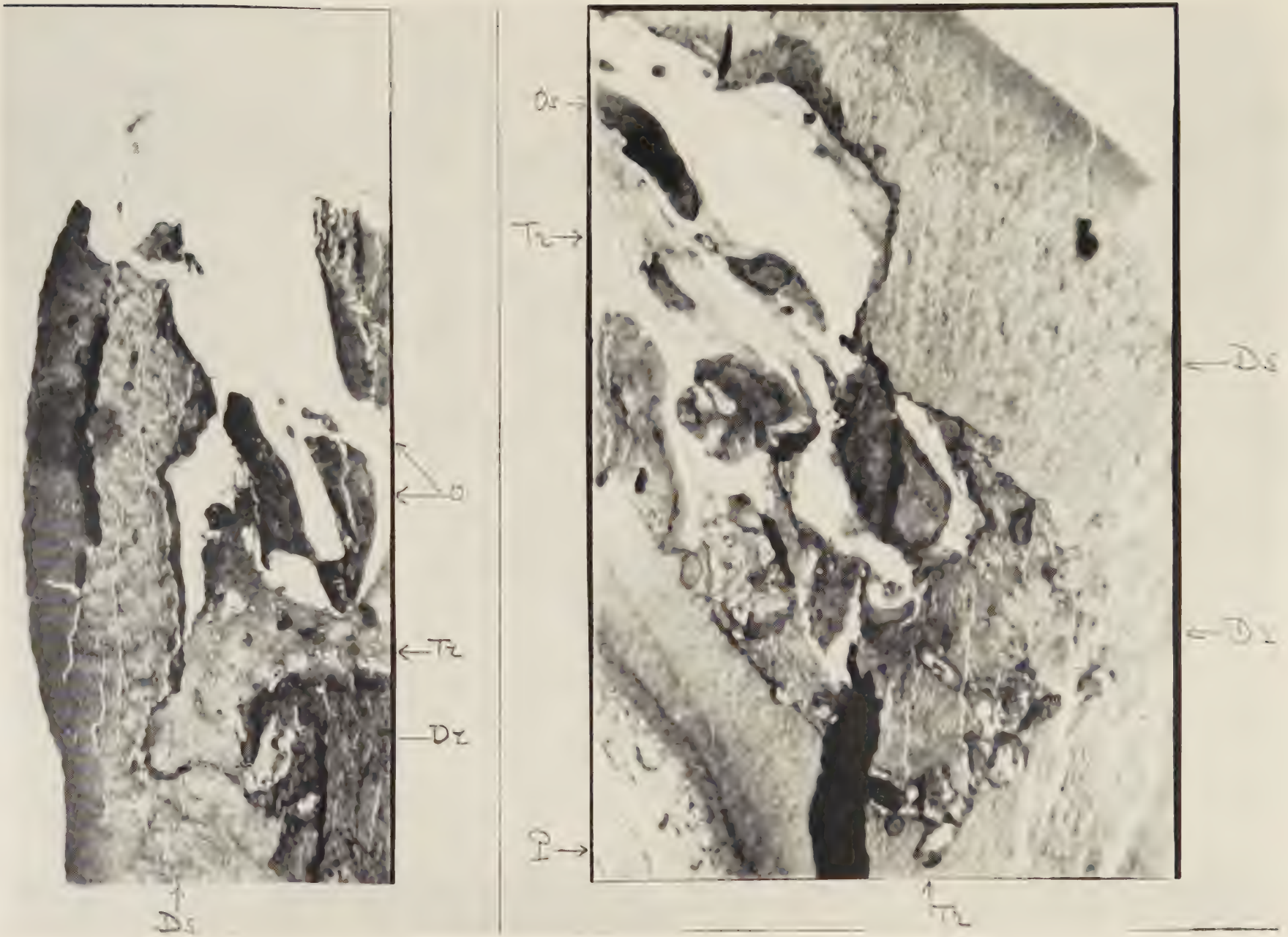
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
Tr : Tissu de résorption
O : Os

Fig. B

COUPE n° 4 - Grossissement x 70 environ

Région latéro-pulpaire gauche.

Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
P : Pulpe
Tr : Tissu de résorption


D
T2
D2
D1
D2
T2
T2
D2
D1
P
T2

B. Photographies à un plus fort grossissement.

Figure A. à droite de la pulpe.

Au milieu de la dentine dégradée pulvérulente : plages de tissu conjonctif bien vascularisé, non inflammatoire.
Au centre de la plage conjonctive la plus importante se trouve un gros spicule osseux.
Pulpe est indemne.
Les odontoblastes sont rares ou absents partout où la résorption est au voisinage direct de la pulpe.

Figure B. à gauche de la pulpe

Résorption importante mais plus irrégulière.
Nombreux points d'ossification au milieu du tissu conjonctif de résorption, d'aspect fibrillaire vascularisé, non inflammatoire.

Etude de la coupe n° 5

Images très semblables aux précédentes.

A. Région sus-cervicale, montage photographique

On retrouve de haut en bas de chaque côté d'une pulpe saine

- os néoformé
- tissu conjonctif vascularisé
- dentine altérée avec digitations de tissu conjonctif
- dentine saine

Figure A, à droite de la pulpe (à gauche pour le lecteur) :

La résorption-ossification est très active, elle se propage en direction de l'émail avec un minimum de dentine altérée au point le plus proche de l'émail.

Figure B.

Tissu conjonctif de résorption séparé de la dentine par

COUPE n° 5 - Grossissement x 35 environ

Montage photographique de la région pulpaire.

Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Tissu osseux
P : Pulpe
Tr : Tissu de résorption
Ca : Capillaire

Fig. A

COUPE n° 5 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale droite.

On remarque que la résorption atteint presque l'émail.

Ca : Capillaire
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Tissu osseux
P : Pulpe
Pr : Plage de résorption
Tr : Tissu de résorption

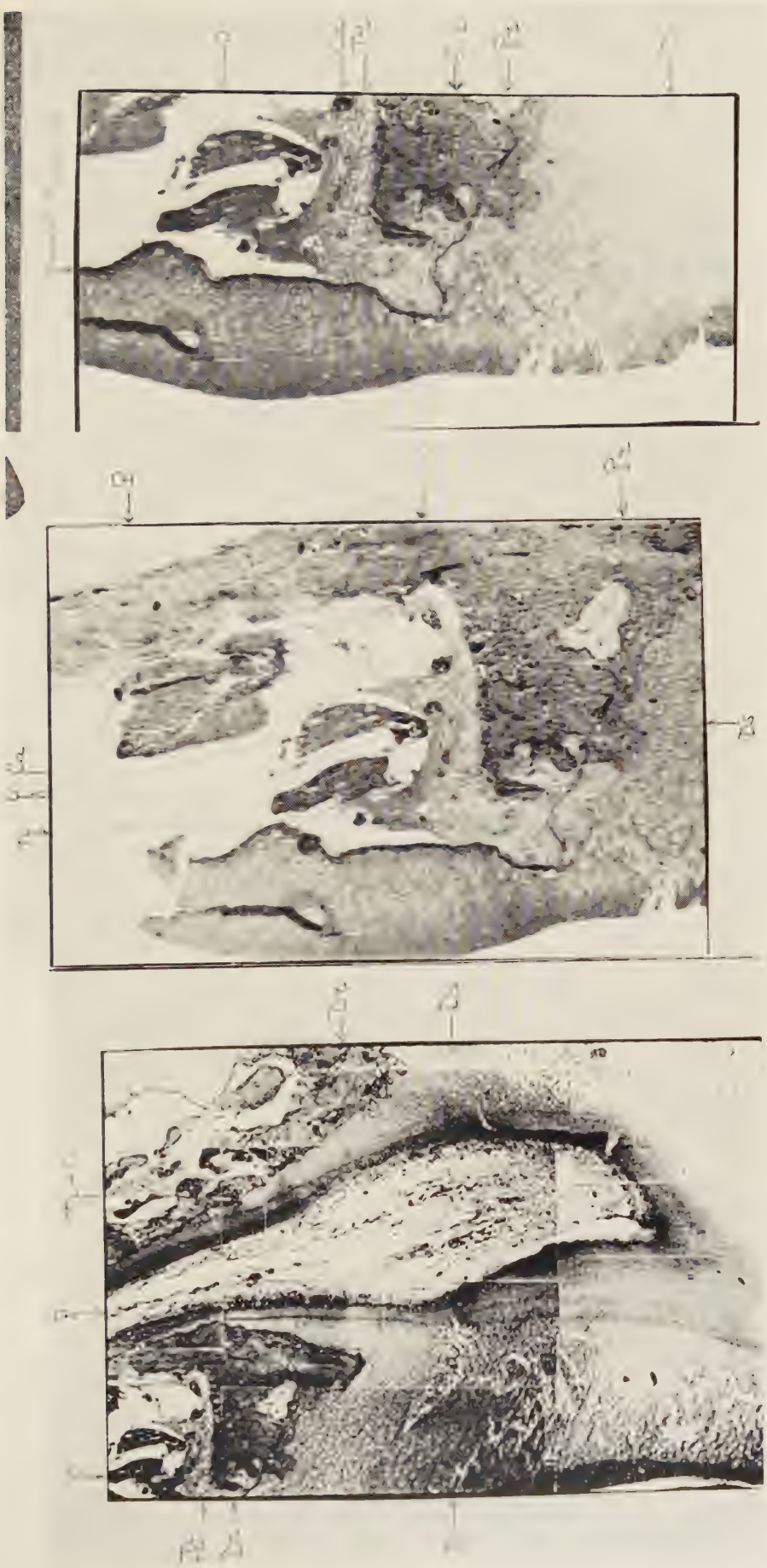
Fig. B

COUPE n° 5 - Grossissement x 70 environ

Région sus-cervicale droite.

On remarque que la résorption atteint presque l'émail.

Ca : Capillaire
Ds : Dentine saine
Dr : Dentine remaniée
O : Tissu osseux
P : Pulpe
Pr : Plage de résorption
Tr : Tissu de résorption



une zone altérée de transition.
Ce tissu conjonctif présente une structure fibrillaire avec des ébauches de tissu ostéoïde.

SYNTHESE DE L'EXAMEN HISTO-ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Nous avons vu peu d'ostéoclastes.

Le processus de résorption n'atteint pas la pulpe, il est intra-dentinaire, dans l'ordre en partant des tissus coronaires indemnes

Dentine saine
Dentine altérée
Tissu conjonctif
Formations osseuses qui ressemblent à l'os alvéolaire (nombreuses dans les zones sus-cervicales et cervicales)
Interprétation possible de ces différents tissus.

Le tissu conjonctif de résorption peut être qualifié de :
- fibrillaire
- non inflammatoire, peu dense, peu cellulaire
- non infiltrant
- vasculatisé.

C'est un tissu en voie de transformation ou de changement de structure.

La dentine (ou substance dentinaire) s'altère (dentine pulvérulente) puis est transformée par un processus de vascularisation accompagnant la résorption.

Dans les zones de remaniements :

. dentine nécrosée, infiltrée
. tissu conjonctif, cellules fibroblastiques
. ossification par métamorphose.

Plus simplement, disons :
- processus de remaniement + vaisseaux
- fibrose
- os

Sans l'affirmer, disons qu'il s'agit d'une mutation calcique in situ.

Renseignements que nous pouvons tirer à la lumière de l'examen histo-pathologique.

Rappelons brièvement l'observation n° 2 :

Jeune femme, 24 ans, édentée totale du haut pour une raison qu'elle ignore, ces dents seraient devenues très mobiles :
- absence de signe clinique,
- découverte d'une canine incluse lors d'un examen radiographique pré-prothétique,
- les radiographies montrent uen dent incluse située haut dans la région para-médiane gauche,
- la résorption-ossification de la couronne est nettement visible, l'espace radio-clair péricoronaire est en partie conservé.

La situation de la dent, l'absence de symptôme pathologique nous incitent à penser que cette canine n'a eu aucun contact avec un autre organe dentaire et qu'elle n'a subi aucune agression extérieure.

Force nous est donc de supposer (ou d'admettre) que l'induction à la résorption est due à une cause de voisinage, à son environnement.

La forme en hameçon de la dent montre bien qu'elle a cherché, lors de son évolution, une voie essayant d'éviter les obstacles; il est en effet courant de constater que les canines incluses peuvent, lors de leurs évolutions

intra-osseuses, prendre plusieurs courbures, restant ainsi à distance des organes dentaires ou odontoïdes qui auraient pu les gêner.
Il n'est pas interdit de penser que dans notre cas l'obstacle (ou la gêne) a été constitué par l'emplacement de la zone de la suture incidivo-canine, le reste de fertilité de cette dernière induisant :

- la destruction du sac péricoronaire
- la résorption et l'ossification coronaire
- le début dans la zone cervicale s'expliquerait par la présence d'un point faible à la jonction émail-cément,

l'émail étant plus lentement résorbé,
la racine étant protégée par le ligament alvéolo-dentaire

Dans l'observation n° 10 où la canine entièrement intra-osseuse n'était en contact avec aucun organe dentaire, il serait intéressant d'avoir les résultats de l'examen histo-pathologique pour voir si la résorption-ossification s'est faite à travers l'émail résorbé en premier, ou en le contournant par la zone cervicale.
Cette résorption de l'émail, bien que constatée sur les canines incluses comme nous le rapportons dans certaines observations, se voit surtout chez les édentés quend les canines incluses affleurent secondairement la crête, il s'agit alors de résorption sur des dents en désinclusion; le phénomène étant accéléré par des frottements mécaniques (mastication, prothèse); nous avons essayé d'éliminer de ce travail les observations se rapportant à ce type de résorption qui, en définitif, rentre dans le cadre général des résorptions.

HYPOTHESE, TOUTE PERSONNELLE, D'EXPLICATION DE L'INCLUSION DES CANINES SUPERIEURES, ET, CAUSE POSSIBLE DE LA RESORPTION CORONAIRE DE CES DENTS.

Seules les canines supérieures posent des problèmes:

Fréquence des inclusions,
Orientation presque toujours identique des C.I.
Bilatéralite non exceptionnelle des C.I.
Caractère souvent familial des C.I.
Fréquence des résorptions coronaires des C.I.

Il nous semble que ces faits découlent de l'embryologie de cette région et en particulier de la présence virtuelle de la suture incisivo-canine et des reliquats du mur épithélial de Veau.

En effet, cette région, par son embryologie, nous semble le chemin naturel qu'empruntera le germe dentaire situé le plus près, expliquant la fréquence des inclusions. Nous avons déjà signalé que les canines inférieures n'étaient pas plus souvent incluses que les prémolaires; leur région n'a pas une embryologie particulière. Si nous avons noté leur nombre c'est surtout pour faire apparaître la différence.

Un fait qui frappe aussi bien les chirurgiens que les orthopédistes dento-faciaux est à retenir :

- si l'on excepte les canines retenues, où il suffit de créer de la place pour qu'elles évoluent normalement, (il ne s'agit pas de canines vraiment incluses; elles seraient sorties, peut être en mal position un jour ou l'autre) les canines incluses dans leur majorité n'obéissent pas à un manque de place.

  - les premières, les canines incluses retenues ou empêchées par un manque de place sont surtout en vestibulo-position
  - les autres ont toutes les couronnes en palatino-position, elles sont dirigées en dedans en arrière et légèrement en bas, même direction que la suture incisivo-canine, dans ces cas :

- s'il s'agit d'un sujet jeune, avant 21 ans le traitement orthopédique a des chances de succès, mais il ne faut pas se contenter de dégager la couronne de la dent incluse, il faut exercer une traction ou une pression sur cette couronne pour induire l'évolution de cette dent incluse et la mettre en bonne position ; ceci montre bien que la dent avait trouvé sa place.

Nous éviterons de parler des réimplantations chirurgicales, moyen artificiel, aux résultats discutés, qui ne prouve rien.

- s'il s'agit d'un sujet plus âgé (après 22 ans) on constate que le plus souvent il n'y avait aucune raison mécanique apparente à la non évolution de la ou des canines :

place suffisante
articulé normal
résorption ralentie mais normale de la canine de 1° dentition
fréquence très grande d'une position identique de la dent en direction en arrière, en bas et en dedans, elle croise la racine de l'incisive latérale du côté palatin, souvent celle de la centrale.

Lorsqu'il y a deux canines, elles se rencontrent à distance sur la ligne médiane un peu en arrière du canal palatin antérieur, restant séparées l'une de l'autre par une cloison osseuse, de même les couronnes des canines incluses sont rarement en contact direct des racines des dents croisées. Cette absence de contact est encore plus évidente dans les canines incluses ayant subi une résorption coronaire.
Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des canines incluses hautes, sans aucun rapport avec les autres organes dentaires. La bilatéralité et le caractère familial plaident en faveur d'un facteur embryologique.

FREQUENCE DES RESORPTIONS CORONAIRES DES CANINES INCLUSES.

Tout de suite disons que si elles sont surtout notées sur des sujets âgés c'est :

- que plus on avance en âge plus on a de chances de les découvrir lors d'examens stomatologiques
- qu'elles sont plus visibles chez un sujet âgé; le processus de destruction-ossification se poursuivant et n'ayant pas de raison de s'arrêter, les lésions sont plus évidentes.

Par ailleurs :

- on en voit chez des sujets jeunes
- on les recherche moins quand elles ne sont pas mises en évidence sur les radiographies; d'où il faut en conclure que leur nombre est certainement plus élevé que nous le pensons.

Il a été souvent décrit des résorptions coronaires pour les dents de sagesse incluses, mais les descriptions concernent presque toujours des dents en désinclusion où la cause de la résorption est évidente, ou encore, des dents en ontact d'un kyste ou d'une inflammation; nulle part nous n'avons vu d'observation de dent de sagesse totalement incluse présentant des résorptions coronaires du même type que celles présentées par les canines.
Le nombre de ces dents ayant subi une résorption-ossification (nous employons ces deux mots accolés pour bien faire ressortir la simultanéité et l'association des deux processus) est élevé, mais il le serait certainement plus encore si l'on faisait des examens histopathologiques systématiques; ici, nous nous heurtons actuellement à des problèmes techniques qui limitent les recherches.
Il s'agit d'un véritable envahissement osseux de la couronne de la C.I.; encore une fois il n'est pas question des C.I. secondairement résorbées par pression prothétique chez les gens âgés, ces résorptions rentrant dans le cadre général; il faut donc bien admettre que c'est un phénomène particulier qui atteint les canines incluses.

Il est évident que d'autres dents incluses pourraient théoriquement présenter de telles résorptions ou que les canines incluses pourraient présenter des résorptions identiques à celles décrites ailleurs, mais

Il n'est pas niable que c'est vraiment las canines incluses qui présentent électivement ce type de résorption-ossification. Nous pouvons supposer que l'ossification est un moyen de cicatrisation, mais la résorption ne s'explique pas seule, elle n'a pas de cause mécanique ou inflammatoire, elle ne s'accompagne en général d'aucune symptomatologie clinique.
Nous pensons que, de même la direction des canines incluses peut s'expliquer par l'embryologie du maxillaire supérieur, si bien décrite par Mugnier, de même cette embryologie peut nous fournir une explication à la résorption-ossification de ces C.I.

Nous nous trouvons dans la zone de la suture incisivo-canine (présence possible des débris épithéliaux du mur de Veau). Cette suture incisivo-canine est une zone d'ossification, il n'est pas interdit de penser qu'elle garde longtemps un certain potentiel de fertilité, induisant l'ossification; nous savons que partout où se produit une ossification, un remaniement osseux, il y a résorption concomittante ou précédente, donc ce phénomène peut atteindre la dent incluse qui se trouve dans son voisinage. Cette dent a pu rencontrer des obstacles, une simple densification osseuse, peut être plus simplement une hyperémie qui ont entrainé la destruction du sac péricoronaire, l'émail est alors en contact direct avec l'os environnant, le point de jonction émail-cément, comme toute jonction, est un point faible par où commencera résorption-ossification. Le processus engagé n'a pas de raison, sauf changement de circonstances, de s'arrêter.

Naturellement, l'émail pourra subir une résorption osseuse à partir de l'extérieur, mais le phénomène sera plus lent que pour l'invasion de la dentine tissu plus vivant; la pulpe et le ligament semblent présenter une grande résistance à l'ossification, mais nous savons que l'ostéoclasie ne s'exerce bien que sur des tissus complètement minéralisés, ne s'attaquant pas aux structures acalciques (Bouyssou, page 383).
La moindre extension aux racines de la résorption s'explique plus mal, mais nous manquons d'un nombre suffisant d'observations.

EN RESUME : Présence d'un chemin virtuel, présence de débris épithéliaux (souvent mises en cause dans les problèmes de résorption et des kystes) zone de moindre résistance, de fertilité; l'embryologie de la suture incisivo-canine peut expliquer la fréquence et la direction des canines incluses prenant lors de leur évolution la direction de cette suture, la canine n'aura pas perdu sa direction, elle prend le chemin le plus facile.

Une fois évoluée, ayant suffisamment de place, elle aura peu tendance à donner des accidents, et, ce n'est que lors de la résorption osseuse alvéolaire normale avec l'âge qu'elle pourra apparaître secondairement et non par un processus évolutif.

De même le long de cette suture incisivo-canine l'existence des points de plus grande résistance, la présence de débris épithéliaux, la fertilité de la région, l'immobilité de la dent peuvent induire le phénomène de résorption-ossification, après destruction du sac ou

pour mieux dire de l'enveloppe péricoronaire.
Il est d'expérience courante de savoir que l'immobilité d'une dent n'entraîne pas l'ossification du liganent alvéolo-dentaire, ni l'ankylose de l'articulation (le blocage bimaxillaire n'entraîne jamais dans les circonstances normales de tels troubles).

Le sac péricoronaire détruit, il se produit une ankylose clinique, puis probablement par induction ostéogénétique de cette zone fertile, une résorption suivie ou mieux, accompagnée d'une ossification de la couronne de la dent incluse; cette résorption-ossification commence au point faible de jonction d'éléments différents (émail-cément), d'origine et de formation (en métallurgie la soudure-brasure entre deux métaux différents n'est pas recommandée).
La continuité os extra-dentaire et intra-dentaire conduira à l'ankylose ostéo-coronaire vraie.

Les théories de la résorption par :
- traumatismes mécaniques inflammatoires
- réflexes nerveux - phénomènes neurologiques
- troubles vaso-moteurs, etc...
sont peut-être valables dans la généralité, mais nous semblent ici une solution de facilité, encore que nous ne nions pas l'influence :

. d'un trouble réflexe
. d'un trouble vaso-moteur, d'une hyperémie
. d'une inflammation

qui pourront secondairement jouer un rôle dans la résorption une fois commencée.
Une théorie infectieuse hématogène n'a pas sa place ici, aucune des conditions ne sont réunies, et la clinique la démentirait.

C O N C L U S I O N S

Les résorptions des canines incluses :
- semblent plus nombreuses que nous le supposons
- elles sont indépendantes de l'âge, mais auront d'autant plus de chances d'être découvertes que le sujet aura vu plus souvent des praticiens, donc qu'il sera plus âgé,
- le plus souvent sans symptomatologie clinique pathologique
- sont fréquemment découvertes lors d'examens radiographiques
- l'espace radio clair peut être en partie conservé
- la résorption est coronaire s'accompagnant souvent d'ossification, d'où : ankylose vraie ostéo-coronaire
- la pulpe est intacte

le ligament alvéolo-dentaire et la racine sont indemnes.

Lors des interventions, on note que dans chaque cas de résorption-ossification :

. le sac péricoronaire a été détruit
. la racine ne subit pas le processus d'ankylose osseuse
. la dent incluse reste à distance des autres organes dentaires.

L'examen histologique confirme :

La résorption-ossification au niveau de la couronne à point de départ dans la zone cervicale
L'intégrité de la pulpe
L'intégrité de la racine

Par ailleurs, l'infection ne semble pas être la cause de la résorption : dans les deux cas où nous sommes intervenus en milieu septique la canine n'était pas la cause de l'infection :

Observation n° 3 : racine de G2 infectée.

Observation n° 4 : les deux prémolaires voisines en contact avec le sinus semblent avoir été à l'origine de la sinusite. Il est évident qu'une fois la canine incluse atteinte par l'infection, elle se comportera elle-même comme un foyer secaondaire qu'il faut supprimer.
- L'état général ne semble pas étranger, en favorisant le terrain, même s'il n'en est pas la raison principale, à la résorption.

Observation n° 9 : rhumatismes chroniques
azotémie élevée (plus de 1g)

Observation n° 11 : diabète mal équilibré
On peut rapprocher ces deux observations :

Observation n° 2 : perte des dents par parodontose probable.

Observation n° 10 : parodontose ancienne.
On se rappelera le rôle important joué par l'état général dans cette affection.

Quelques cas de résorption de l'émail ont été rapportés, la présence d'un kyste extra-coronaire a pu dans un cas induire cette résorption, mais la résorption-ossification type de la canine incluse qui nous semble être une entité idiopathique de cette dent est : la résorption strictement intra-coronaire, asymptomatique débutant dans la région cervicale; nulle part ailleurs nous ne l'avons rencontrée.

Dans tous les cas non suivis d'intervention (observations 5,6,9 et 11) nous n'avons pas constaté de trouble clinique dû aux canines incluses à résorption-ossification coronaire.

Nous n'avons jamais observé de résorption radiculaire sur une canine vraiment incluse.

En résumé :

Les résorptions des canines incluses surviennent après destruction du sac péricoronaire donc de l'épithélium péricoronaire.
Les résorptions coronaires des canines incluses sont plus fréquentes que nous le supposons.
L'état général crée un terrain favorable à ces résorptions.
La résorption-ossification coronaire des canines incluses n'entraine pas une symptomatologie particulière.
Cette résorption n'est pas liée au sexe, ni à l'âge, elle a plus de chances d'être mise en évidence chez les gens âgés.

LA RESORPTION DES CANINES INCLUSES DANS SA FORME TYPIQUE

- est coronaire avec respect de la pulpe et de la racine
- elle s'accompagne d'ossification
- elle débute de préférence dans la région cervicale à la jonction amélo-cémentaire
- la destruction des tissus dentaires et l'ostéo-génèse sont juxtaposées.

Tout le reste n'est qu'hypothèses

. les pathogénies classiques d'inclusion :

- anomalie de développement ou de direction du gubernaculum
- obstacle rencontré par la dent en cours de migration
- malformation coronaire ou radiculaire
- persistance de la dent lactéale
- formation kystique ou tumorale
- perturbation d'ordre général (syphilis, tuberculose, éthylisme, rachitisme, troubles endocriniens, etc...)
- dysmorphose
- troubles du sympathique terminal.

. les pathogénies invoquées lors de résorptions dentaires :

- irritation mécanique
- irritation inflammatoire
- réflexe nerveux
- trouble vaso-moteur
- théorie chimique.

Ces théories pathogéniques peuvent s'appliquer aux dents rarement incluses ou en désinclusion, par contre lorsqu'il s'agit des canines incluses, en nombre important, il faut chercher une autre cause, bien que secondairement les pathogénies précitées puissent intervenir.

Il nous semble que l'embryologie du maxillaire supérieur peut expliquer, tout au moins en partie, la fréquence des canines incluses, de même que la résorption de ces dents, la présence même virtuelle de la suture incisivo-canine et la conservation du pouvoir d'induire l'ossification de cette région peuvent créer les conditions favorables :

à l'inclusion

à la résorption-ossification

En effet, la résorption ne peut être considérée comme un moyen d'élimination naturelle d'un corps étranger, les canines gardant, sauf exception, leur vitalité et ne s'accompagnant que rarement de signe clinique, même lorsqu'elles sont atteintes de résorption coronaire.

Plusieurs questions restent sans réponse, par exemple toutes celles concernant la résorption elle-même son processus et sa limitation à la couronne.

Il nous manque un nombre suffisant d'observations, mais surtout il faudrait pouvoir réaliser facilement des examens histo-pathologiques en plus grand nombre.

Peut-être avons nous très modestement contribué à l'étude de la résorption des canines incluses, nous serions heureux si elle apportait une aide à un de nos confrères qui, à son tour, nous fera profiter de ses connaissances.

-:-

Vu :

Le Président de Thèse :

Signé : P. CERNEA

Vu :

Le Président de
l'Université Paris VI :

Signé : A. HERPIN

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

Bien que le sujet soit limité, il touche de nombreuses matières. Malgré notre désir, nous n'avons pas tout lu ; par ailleurs, de nombreux ouvrages lus n'ayant qu'un rapport éloigné avec notre étude ne sont pas cités.

Afin d'éviter les répétitions, le classement alphabétique a été préféré à celui par matière. Pourtant, un ouvrage est à citer à part en raison de son importance :

"Résorptions dentaires et Biologie osseuse"
Maurice BOUYSSOU
Friederich A. Lepp.
Carlo ZEROSI
Sciences et Lettres, Liège 1965.

ABBOTT J. (1938)
Jl. Amer. Dent. Assn. and Dental Cormos, 25, 832
(resorp. radic. Post-traumat. double).

AISENBERG M.S.
(1932) Dental Cosmos, 74, 1071.

AISENBERG M.S.
(1937) Jl Dent. Res. 16, 299.

AISENBERG M.S.
(1938) Jl. Dent. Res., 17, 371.

ALBARRAN J.
Du développement des dents de deuxième dentition.
Rev. Odont., 1888, 2, pp. 67-72.

AISENBERG M.S.
Relation d'un cas d'ankylose d'une dent.
Dent. Cosmos, 1932, 74, 1071.

ALBERS-SCHONBERG H.
(1907) Fortschr. Röntgenstr., 11, 261
(osteopetr.)

ALBERT P.
Etude expérimentale des troubles vaso-moteurs réflexes d'origine traumatique.
Arch. Int. Physiol., 1924, 22.

ALBRIGHT F., AUB J.C. and BAUER W.
(1934) Jl. Amer. Med. Assn., 102, 1276
(hyperparathyr.)

ALCAYAGA O.C. y OLAZABAL R.A.
Patologia, anatomia y fisiologia patologica bucodental
Buenos Aires, 1955 (ankyl. osteo-dent.)

ALLOUARD.
Contribution à l'étude des malpositions dento-maxillaires par hérédité pure.
Thèse, Lyon, 1936, Bosc. ed.

ALMAGIA F.
La morphologie causale du développement des amphibiens anoures (d'après des expériences de centrifugation).
Arch. Zool. Ital., 1943, 31, p. 189-218.

ALVAREZ-BIOSCA S.
(1950) An. Esp. Odontoestom, 9, 673.

AMER A.
(1964) Jl. Amer. Dent. Assn., 68, 26 (inclus. dent. cyst. entiger).

AMPRINO R. and ENGSTROM A.
(1952) Acta Anat., 15, I (bioch. ossif.).

ANCEL P.
(1964) Sur l'arrêt du développement du bourgeon maxillaire supérieur par des substances chimiques.
Sté de Biol., 1947, n° 13, p. 14.

ANDERSEN G.
(1936) Tandlaegebi. (Copenhague), 40, 606.

ANDERSON W.A.D.
(1939) Arch. Path., 27, 753 (bioch. Calcif. pathol).

ANDRULEIT K.
Mediz. Dissert. Kiel, 1960 (resorp. adamant. dent. inclus).

ANGIESO G.
Observations histologiques sur les premières phases des dents humaines.
Clinic. Odont., 1951, I, p. 11 à 17.

ANTHONY.
Introduction à l'étude expérimentale de la morphogénèse.
Bull. Mém. Sté Anthrop. Paris, 5e série, 4 fasc. 2 p. 903.

APPLEBAUM E.
(1934) Dent. Cosmos, 76, 847.

APPLETON J.L.T.
Bacterial Infection, éd. 3.
Lippincott, Philad., 1944 (pulpit. hematog.).

ARAYA S. and SAITO S.
(1962) J; Dent. Res., 41, 736 (acceler, physiol. turnover struc. oss. alveol. in exper. radioisotopes).

ARCHINARD J.
(1933) Rev. Mens. Suisse Odont., 43, 885 (exper. animal, resorp. alveol. Parathorm).

ARDOUIN
Maxillaire inférieuR. Evolution chez les vertébrés.
Rev. Lar. Oto-Rhino., 1946, 9 p. 536-555.

ARDOUIN P.
Etude Embryologique du développement du sinus maxillaire.
Rev. Lar. Oto-Rhino., 1958, 79, p. 834-876.

AREY
Developmental anatomy (Anatomie, développement).
2 ND. ED. W.B., Saunders et Cie, Philadelphia, 1930.

AREY L.B.
(1910) Amer. Jl Anat., 26, 315 (orig. osteocl.).

ARMSTRONG W.D. and BARNUM C.P.
(1948) Jl Biol. Chami., 172, 199.

ARNOLD and JEE
quot. BOLLM, W. and FAWCETT, Don W. (autoragiogr. process osteocl.).

ASCHOFF L.
Lehrbuch der pathologischen Anatomie, Jena, 1936.

ASLING C.W., WRIGHT H.V. et DOUTHERTY H.L.
Palatal and facial anomalies in the offspring of rats subjected to a pteroyl glutarine acid deficiency during gestation (Anomalies palatines et faciales chez les ratons soumis à une insuffisance d'acide glutanique pendant la gestation).
Anat. Record, 1955, 2, p. 257.

AUB J.C., EVANS R.D., HEMPELMANN L.H. and MARTLAND H.S.
(1952) Medecine, 31, 221 (action inter. fixation radioelements).

AUBERT E.
Embryologie de la dent.
Rev. Stomat., 1928, 9, p. 517-55.

AUGIER M.
Développement du squelette céphalique. Traité d'anatomie humaine.
Poirier et Charpy. Masson, et C°, Paris (1938).

AUSLANDER W.P.
Resorption internal et external.
New York State Dent.,J., 1965, 31, n° 9, 397-404.

AXHAUSEN G.
in HENKE-LUBARSCH : Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.
Bd. 9, Absch. 3n Springer, Berlin, 1937
(resorp. necros. oss.)

AXHAUSEN G.
Die allgemeine Chirurgie in der Zahn.
Mund a Kiefer Heilkunde, 1943, p. 140 (réimplant)

AXHAUSEN H.
A propos de la replantation des dents.
Zahnärztel Welt, 1948, 4.

BAPTISTA M.L. et GALUE V.R.
Considérations radiologiques sur les résorptions dentaires internes.
Schweiz. Mschr. Zahn., juill. 1965, 73, n° 7, 583-585
(texte français.)

BARATIERI A.
La sinostose alveolo-dentale vere o apparenti.
Cortina, Pavia, 1958 (ankyl. osteo-radic.)

BARNICOT N.A.
(1947) Proc. Roy. Soc., B 134, 467 (cytochem. oesteo-cl.)

BARNICOT N.A.
(1948) Jl. Anat. 82, 233 (cytochem. osteocl.)

BATAILLE R.
Pathologie de la dent de sagesse inférieure.
Rev. Odonto-stomat. (Bordeaux), 1954, 27, 209.

BATTEUR M. et FENART R.
Une technique de tomocinématographie depièces microscopiques.
C.R. Acad. Sci. (Paris), 1954, 2, p. 236-238.

BAUER W.B.
(1927) Disch. Mischr. Zahnlk., 45, 769.
(traumat. fract. cement).

BAUER W.H.
(1945) Jl. Amer. Coll. Dent., 12, 192
(osteoscler. ostro. gen.)

BAUER W.H.
(1946) Amer. Jl. Orthod., 32, 232
(resorp. preeruptive. infect. dent. decid.)

BAUME J.L.
Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion.
J. Dent. Res., 1950, 29, 123.

BEAUME L.J.
(1955) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 10, 713.

BAUME L.J.
Tooth and investing bone : a developmental entity (Dent et os de soutien : entité de croissance).
Acad? Rev., 1957, 2, pp. 100-106.

BAUME L.J. et BECKS H.
Topogénèse de la molaire permanente mandibulaire.
Or. Surg. Or. Med. and Or. Parh., 1953, 7, pp. 850-868.

BAUME R.
Lehrbuch der Zahnheilkunde, 2e éd. Leipzig, 1885.

BAUME R.
Cephalogénèse : centres de croissance.
Rev. Franç. Odont. stomat., 1963, mai, pp. 894-904.

BEAUREGARDT A.
Diagnostic et traitement des canines supres incluses
Ortho. Franç., 1946, 17.

BEAUREGARDT A.
Examen de la région faciale en fonction des acquisitions nouvelles. Prédétermination des arcades dentaires de l'adulte chez l'enfant en cours de croissance.
L'Ortho. française, 1952, 23, p. 160.

BECKS H.
(1936) Int. Jl. Orthod., 22, 445.
(resorp. apic. spontan. dysen. docr. & defic. nutrit.)

BECKS H.
(1939) Amer. Jl. Orthod., 25, 610
(resorp. apic. dysendocr. & defic. nutrit.).

BECKS H. and FURUTA W.G.
(cf. Dysgen, radic.)

BELANGER L.F., ROBICHON J., MIGICOVSKY B.B., COPP D.H. and VINCENT J.
Reports 2nd Canad. Confer. Dental Research, Banff, Octob. 9-11, 1962.
(Osteoclas. & Osteolys.)

BELTRAMI G.
(1939) Histologie Morphologie, in Encycl. Méd. Chir. (Paris); Stom. I., fasc. 22007, p. 8 (independ. entegen struc. oss. alveol.)

BELTRAMI G.
Odontogénèse, in Encycl. Méd. Chir. (Paris), Strom., I., fasc. 22009 B (discuss.)

BELTRAMI G.
Formation et édification de la tête humaine.
Rev. stomat.

BENAGLANO R.
(1939) Contributo allo studio del granuloma interno dei denti. Nuove Grafiche, Roma 1939.

BENAGIANO A.
Patologia dentale. Instituto bibliografico ital., Roma, 1945, p. 208.

BENAZZI A., BOREA G. e PRETOLANI E.
(1963) Mondo odontostamal., 5, 87 e 112
(resorp. intradent.)

BENNETT P.H.
(1937) Jl. Amer. Dent. Assn., 24, 894
(cyst. dentiger. multipl.)

BENNETT C.G. et POLEWAY S.A.
Resorption interne après pulpotomie.
Oral Surg., fév. 1964, 17, n° 2, 228-234, 8 fig.
(bibliogr.)

BENOIT J. et CLAVERT J.
(1947) C.R. Soc. Biol. (Paris), 141, 911.
(variat. resorbab. struct. oss. : degr. calcif.)

BENOIT P. et PALUTEAU M.
Resorptions dentaires. POS n° 1367, 1964.

BERCHER J. et FLEURY A.
Les resorptions radiculaires ou rhizalyses.
Rapport au LVIe Congrès Ass. Franç. Avanc. Sc., Bruxelles, 1932.

BERCHER J. et CODVELLE A.
(1934) Province dentaire (Lyon), 20, 3
(pathog. cyst. dentigr.)

BERCHER J., DUMALLE G. et LAIR J.
(1946) Rev. Stom. (Paris), 47, 381 (fract. cement alveol.)

BERCHER J. et MERVILLE P. in BERCHER J., FARGIN-FAYOLLE P.
FLEURY A., FRIEZ P. et LACAISSE M.
Pathologie dentaire
In : La Pratique stomatologique, t. 2, Masson, Paris, 1950.

BERNIER J.L. and ASH J.E.
Odontogenic Cysts ; in Atlas of Dental and Oral Pathology.
Amer. Regist. Pathol. Washington, 1948 (classif. cyst. odontog.) 1949, 2, 914.

BERNIER J.L.
The management of oral disease. Mosby St Louis, 1955.

BERNING H.P. y LEPP F.H.
(1957) Ciencia y cultura (Maracaibo) n° 5.

BERCHER J., PARRET J. et FAROUZ R.
(1952) Rev. Stom. (Paris), 53, 99.

BERGGREN H.
(1946) Acta Radiol., 27, 248.
(radioisotopes).

BERRANGER A.L.
Contribution à l'étude de la résorption idiopathique des dents.
Thèse, Toulouse, fi. 1954, 12 pages.

BESIC F.C.
(1943) Jl. Dent. Res., 23, 349
(bacter. dentin.)

BEYRENT J.R.
(1938) Jl. Amer. Dent. Assn., 25, 623
(cyst. dentigr. multipl. famil.)

BUASKAR S.N., BERNIER J.L. and GODBY (F.).
(1959) Jl. Oral Surg. 17 (3), 30
(cyst. anevrysm. & "giant cell" tumors).

BIEDERMANN W.
(1962) Amer. Jl. Orthod., 47, 670
(ankyl. osteo-radic).

BLACKWOOD H.J.J.
(1957) Brit. Dent. Jl. 102, 87.

BLACKWOOD H.J.J.
(1958) Oral Surg., 11, 79 (resorp. dent. inclus.)

BLOOM W. and FAWCETT, DON W.
A textbook of Histology, ed. 8, Saunders, Philad. London, 1962, pp. 169-171
(process. osteoclas. microsc. electron.)

BLUM, DELAVILLE et VANCAULAERT
(1925) C.R. Soc. Biol. (Paris), 92, 182
(condit. phys. chem. osteolys.)

BLUM Th.
(1923) Intern. Jl. Orthod. Oral Surg. and Radiogr., 9, 122 (incid. inclus. dent. perman.)

BOCK O.
(1955) Disch. Zahnärztl. Ztschr., 10, 544 (d. inclus.)

BOLK L.
(1921) Jl. Anat. 55, 219.
(Signific. phylogen. Lam. dent. "Drüsenleiste").

BONSACK Ch.
Zahn- Muns-u. Kieferhlk, in Vortr. 3, 1951, 13, 1953.

BONSACK Ch.
Congr. Dent. Suisse, Bürgenstock, 1951
(prophylax.)

BONSACK Ch.
(1948) Schweiz. Munske, Zahnhlk., 58, 586
(prophylax.)

BONSACK Ch.
(1954) Schweiz. Muschr. Zahnhlk., 64, 68
(prophylax.)

BOUCHON F.
Quelques cas de granulomes internes.
Rev. Stomat. janv.-févr., 1958, 59, n° 12, 57.

BOUCHON F.
Granulomes internes.
Rev. Franç., Odonto-stomat., févr. 1959, 6, n° 2,
175-181, 14 fig.

BOULGER E.D.
(1928) Jl. Amer. Dent. Assn., 15, 1778
(resorp. fragm. dent. fract.)

BOULGER E.P.
(193) Jl. Dent. Res., 11, 256
(oblit. progress. can. radic. hyperplast. pulpit.)

BOURGEOIS A.
Observations cliniques et génétiques sur la dentinogenèse imparfaite et l'agénèse dentaire.
Bull. du Group. Intern. pour la Recherche Scientifique en stomat., 1962, 5, n° 3.

BOURNE G.H. (édit.)
The Biochemistry and Physiology of Bone.
Acad. Press Inc., New York, 1956.

BOUVET J.M.
De la déglutition et de son influence sur la morphologie des maxillaires.
Thèse, Paris, 1953.

BOUYSSOU M. et GILLE P.
Notes sur deux cas de granulome pulpaire. (Granulomes internes de Schweitzer.)
Rev. Stomat., janv.-févr. 1944, 45, n°1-2, 6-9 (bibliogr.)

BOUYSSOU M.
(1946) Rev. Stom. (Paris), 47, 93.

BOUYSSOU M.
(1948) C.R. XIe congrès franç. stom. Prélat, Paris, p. 148 ("onkose")

BOUYSSOU M.
(1949) Jl. Canad. Dent. Assn., 15, 55 et 117 (resorp. dent. inclus. err. interpret.)

BOUYSSOU M.
(1950) Actual odonto-stom. (Paris), 10, 109.

BOUYSSOU M.
Croissance alvéolaire et éruption dentaire.
L'Ortho. française, 1952, 23, p. 358.

BOUYSSOU M.
(1952) Intern. Dent. Jl. 3, 196 (therap. ankyl. fonction)
BOUYSSOU M., CHANCHYS P., BADER M. et VIVES P.
(1956) Rev. stom. (Paris), 57, 417 fract. radic. consolid.)

BOUYSSOU M.
(1956) Rev. stom. (Paris), 57, 351 (épithel. hyperpl. pulpit.)

BOUYSSOU M. et VIALLE P. (1959)
IIIe Réun. G.I.R.S. (non publ.)

BOUYSSOU M. et LEPP F.H.
Les critères radiologiques pour le diagnostic différentiel des processus de résorption intra-dentaires progressifs.
Schweiz. Wschr. Zahn. avr. 1957, 67, n& 4, 319-341, 15 fig.
(Import. bibliogr.) (texte français)

BOUYSSOU M., GUILHEN A. et VIALLE P.
(1960) 4e Congrès G.I.R.S. (Belluno), publ. in Bull. G.I.R.S., 4 oct. 1961, p. 469.

BOUYSSOU M., et PAYEN J.
(1969) Encycl. Méd. Chir. (Paris), Stomat. 1, fasc. 22016 (general), A.10, Rhizalyses.

BOUYSSOU M., GUILHEM A., DOUSTE-BLAZY L. et VIALLE P.
(1962) Rev. Stom. (Paris), 63, 468
(exper. Hyperparathyr.)

BOUYSSOU M., LEPP F.H. et ZEROSI C.
Résorptions dentaires et biologie osseuse.
Sciences et Lettres, Liège, 1965.

BOUYSSOU M., GRAZIDE A., LAGARRIGUE J., JONIOT B., COULOMB A. et CHANCHYS P.
Premiers essais in vivo et invitro de reminéralisation expérimentale de la dentine cariée.
Bull. Group. Int. Rech. Sci. Stom., 1966, 9, n° 3, 346.

BOUYSSOU M., GUILHEM A. et VIALLE P.
Aspects de l'ostéoclasie révélés par les processus de résorption dentaire.
Bull. Group. internat. Rech. scient. Stomat. (à paraître)

BOUYSSOU M. et VIALLE P.
Acquisitions nouvelles sur l'histogénèse du pulpome apical (maladie de Cadenat).
Bull. Group. internat. Rech. scient. stomatol. (à paraître).

BOX H.K.
(1935) Oral Health, 25, 9
(exper. occl. traumat.)

BOYLE P.E. (1934)
Jl. Dent. Res., 21, 712
(defic. vitam. C).

BOYLE P.E.
Kronfeld's histopathology of the teeth and their surrounding structures.
Kimpton, London, 1949
(occl. traumat.)

BOYLE P.E.
Kronfeld's histopathology of the teeth. Kimpton, London 1957 (resorp. dent. inclus. - attach. epithel. pathog. cyst. dentiger.)

BOYNE P.J.
(1960) Jl. Oral Surg. 18, 486
(radiol. osteoscler. localis.)

BRABANT J. et BRABANT H.
(1950) Rev. Mens. Suisse Odont., 60, 994
(res. dent. decid. retention).

BRABANT H.
(1947) Rev. Odont., 7, 18
(ankyl. osteo-dent.)

BRABANT H., KLESS L. et PHILIPPART R.
(1948) Paradentol., 3, 81
(ankyl. osteo-radic.)

BRABANT J.,KLEES L., PHILIPPART R.
Précis d'histopathologie de l'organe dentaire.
Masson, Paris, 1953.

BRABANT H., BRABANT J., KLEES L. et PHILIPPART R.
Nouvelles observations de rétention partielle ou totale de molaires temporaires ou définitives.
Arch. de Stom., 1953, 8, n° 4, 225-252.

BRABANT H., KLEES L. et WERELDS R.J.
Anomalies, mutilations et tumeurs des dents humaines.
Prélat (Paris) et Sciences et Lettres (Liège), 1958.

BRABANT H., SMETS W. et BERKENBAUM D.
(1962) Acta Stom. Belg., 59, 161 (cementomes)

BRABANT H. et BERKENBAUM D.
(1962) Acta Stom. Belg., 59, 485 (osteomes)

BRACHET A.
Traité d'embryologie des vertébrés
(nouvelle édit., par Dalcy et Gérand). Masson, Paris, 1955.

BRANCA A.
Précis d'embryologie.
Baillière (Paris), 1922.

BRASH
Growth of the alveolar born (croissance de l'os alvéolaire)
Intern. J. of Orthod. oral surgery and radiography, 1928, 2, p. 196-223.

BRANCO F. and DA SILVA HORTA
(1958) Jl. Bone Surg., 40, 519
(osteolyse essent.)

BRANZI A.
(1941) Stomat. ital., 3, 612.

BRIDGEMAN W.K.
(1862) Brit. Jl. Dent. Sc., 5, 197.

BROCA P.
Traité des tumerus.
Asselin, Paris, 1869, t.2 (pathog. cyst. dentigr.)

BROWNE W.G.
(1954) Dent. Rec., 74, 190.
(resorpt. dent. inclus.)

BRUSZT P.
(1932) Ztschr. Stom., 30, 679
(reticul. epithelial. pericardic.)

BRUSZT P.
(1954). Fogorv. Szemle (Budapest), 47, 14
(resorpt. dent. inclus & ankyl.)

BRUSZT P.
(1955) Dtsch. Stomatol., 5, 484
(resorpt. dent. inclus.)

BUISSON G.
Conduite à tenir en présence d'une canine incluse.
Rev. franç., Odonto-stomat., mai 1955, 2, n°5, 601-612.

BUISSON G.
Ex. radio. des canines incluses. POS. ,° 1152, 1958
et ann. odonto-stomat., 14, 294, 1957, n° 6.

BUISSON G., DEPRESLE P. et CARREAU B.
Mise en place chirurgico-orthodontique des canines supérieures incluses.
Rev. franç. Odonto-stomat., août-sept. 1961, 10, n° 7.

BUNTE H. und MORAL H.
(1910) quot. LEBET ("ankylose" fonction).

BUONOCORE M.G.
(1955) Jl. Dent. Res., 34, 849(therap.)

BUONOCORE M.G.
1963) Jl. Amer. Dent. Assn., 67, 382 (therap.)

BURKE G.W. and KNIGHTON H.T.
(1960) Jl. Dent. Res. 39, 205
(Local. pulp. bacteriem.)

BUSCH F.
(1877) Arch. klin. Chir., 21, 150.

BUTCHER E.O. and VIDAIR R.V.
(1955) Jl. Dent. Res., 34, 569
(exper. reimplant.)

CABRINI R.L., MAISTRO J. and MANFREDI E.E
(1957) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 10, 90.

CADENAT E.
Sur la valeur morphologique de la suture d'Albrecht.
Ass. Anatom. Congrès Strasbourg, 1924.

CADENAT E.
Bourgeon incisif, tubercule incisif, os incisif, région incisive. Communication au Congrès de l'A.F.A.S., Liège, 1924. Odontologie, p. 872 à 877.

CADENAT E.
Développement de la mâchoire et de la lèvre supérieure.
La Province dentaire, 1932, 18, pp. 88-115.

CADENAT E.
Le développement de la machoîre et de la lèvre supérieure
Comment et pourquoi il peut être troublé. Malformations qui en résultent.
La Province dentaire, 1932, 18, n° 2, p. 88 à 115, 32 figures.

CADENAT E.
Le développement de la mâchoire et de la lèvre supérieure.
Comment et pourquoi il peut être troublé. Les malformations qui en résultent.
L'Ortho. franç., 1932, 8, p. 5, 32 figures.

CADENAT E.
Le pulpome.
Rev. Stomat., 1939, 41, n° 1, 1.

CADENAT E. et BOUYSSON M.
Les retards de dentition, étude étiologique, données expérimentales, déductions thérapeutiques.
Rev. Stomat. (Paris), 150, 51, 139.

CADENAT E., CADENAT H. et BOUYSSOU M.
(1956) Rev. Stom. (Paris) 57, 26
(ossif. Polyp. pulpit. Hyperpl.)

CADENAT H.
(1954) Toulouse-Méd., n° 8, p. 662
(réimplant. dent.)

CADENAT M.
Position des dents de lait de leur formation à leur éruption.
Rev. Stomat., 1952, 7, p. 443-445.

CADENAT
quot LEGER et al.

CAHN L.R.
(1929) Jl. Dent. Res., 9, 503
(cacif. granulom apical).

CAHN L.R.
(1932) Dent. Items Int., 54, 518.

CALDERIN A.N. et MARANES P.
Contribute estudio del desorillo de los senos paranasales en el embrion y en el feto (Contribution à l'étude des limites des sinus paranasaux chez l'embryon et chez le foetus).
An. Soc. Otor. (Aneuza) 1956, 1, p. 721-733.

CALDWELL J.B. and THOMPSON H.C.
(1955) Jl. Oral Surg., 13, 102
(multipl. cyst. dentiger. multilocul.)

CALVALIDO A.
Histologie, topographie des bourgeons dentaires chez l'homme et quelques animaux.
Rev. Odont.-stomat., 1954, L, p. 2-34.

CAMERON D.A.
(1961) Jl. Bone & J. Surg., 43-B, 590
(ostéolys. action direct. capill.)

CAPDEPONT
Considérations anatomiques et pathologiques sur le sac folliculaire.
Rev. Stomat., 1902, 3, p. 134-145 et 4, p. 201-210.

CARAMES DE APRILE E.
(1948) Rev. Odont. (Buenos Aires) nº 6, 219
(resorp. fragm. dent. fract.).

CARAMES DE APRILE E.
Anatomia y fisiologia bucodental. Buenos Aires, 1954.
(ankyl. osteo-dent.), p. 49 (resorp. adamant).

CARCAVALLO R.R., BARRIONUEVO L.L. y GENDELMAN H.
(1961) Odontologia de America, 4, 140.
(resorp, intradent. centr. multipl.)

CARLIER et GOUDAERT.
Introduction à l'orthodontie biologique. Etude de la croissance de la face.
Rev. Stomat., 1951, 4, p. 239-245.

CARLIER G.
Lésions dentaires chez un enfant atteint de rachitisme rénal.
Rev. Stomat. (Paris), 1955, 56, 638.

CARREL A. and EBELING A.H.
(1926) Jl. Exper. Med., 44, 285.
(cyto-chem. osteocl.).

CARTIER P. in CARTIER A. :
Thèse Paris, 1947 (discuss).

CARTIER P. et PICARD J.
(1955) Bull. Soc. Chim. Biol. (Paris), 37, 485.
(bioch. ossif.).

CARVALLO E.
(1934) Rev. Stom. (Paris), 36, 466.
(obs. resorp. radic. general.).

CAUHEPE, FIEUX, COUTAND et BOUVET.
Le rôle morphogénétique du comportement neuro-musculaire
Rev. Stomat., 1955, 7, p. 535-538.

CAUHEPE J.
Signes morphologiques au cours de la croissance normale
Encycl. Méd. Chir. (Stomat.), 1950, 234-255.

CAUHEPE J.
Les variations de la tête.
L'Ortho. Française, 1950, 21, p. 38-50.

CAUHEPE J.
Les causes de la morphogénèse, bases de l'orthodontie.
Actual. Odont. Stomat., 1956, 34, p. 219.

CAUHEPE J., VALLOTON G. et CUCUMEL L.
Luxations dentaires et rhizalyse.
Rev. Stomat., av-mai, 1964, 65, n° 4-5, 199-200.

CERNEA P.
Inclusion totale de la dent de six ans du bas.
Rev. Stomat. (Paris) 1942, 43, 194.

CERNEA P.
A propos des accidents provoqués par la dent de sagesse inférieure.
Rev. Prat. (Paris), 1954, 4, 2217.

CERNEA P. et MUGNIER A.
(1957) Encycl. Méd. Chir. (Paris), fasc. 22081 A 30.
(path. Cyst. dentiger).

CHADEES W.
Development of the mandible. (Développement de la mandibule).
Int. J. of Orthod. Surg., 1936, 7, p. 674.

CHAINE J.
Contribution à l'étude du cartilage de Meckel.
Sté de Biol. (Paris), 1903, 3, p. 207-298.

CHAMBERS K.S.
(1957) Jl Dent. Assn. sth Afr., 12, 225.
(resorp. amput. multipl.).

CHAMPAGNE CL.
A propos du développement mandibulaire post-nasal, précisions sur la morphologie de la suture symphysaire.
Thèse, Paris, 1953.

CHANG H.
(1951). Anat. Rec., 111, 23.
(osteolys. Action direct. parathyr.).

CHAPMAN H.
L'arcade dentaire normale et ses changements de la naissance à l'âge adulte.
L'Ortho. Française, 1936, p. 349 à 351.

CHAPUT A.
Stomatologie (résorption p. 58 à 78).
Flammarion, 1967.

CHATEAU J.M. et CHATEAU M.
Précis d'orthodontie et d'orthopédie dento faciale.
Julien Prélat, Paris, 1956.

CHATEAU M.
Etude critique des travaux scientifiques sur la croissance faciale.
L'Ortho. Française, 1951, 22, p. 309-314.

CHATELLIER J.
Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire.
Thèse, Paris, 1928.

CHATELIER.
Désinclusions chirurgicales. Alvéolectomie conductrice.
Rev. Franç. Odonto-Stomat., fév., 1957, 6 n° 2, p.153.

CHATELLIER J., CHATEAU M., KOLF J. et LANDART L.
Note sur le traitement chirurgico-orthodontique des dents retenues et incluses.
Actualités odonto-stomat., 1962, 59, 293.

CHEYNE V.B. and BERMAN R.N.
(1947). Iowa Dent. Bull., 33, 47.

CHIKHANI P.
Contribution à l'étude de l'étiologie des dysmorphoses maxillaires dans le sens antéro-postérieur (Rôle du système neuro-musculaire).
Thèse, Paris, 1956.

CHOMPRET D. et CHOMPRET R.
Technique chirurgicale bucco-dentaire.
Masson, édit., Paris, 1942.

CHOQUET J.
Anatomie dentaire, Riedeval, Paris, 1903.
(exfol. sequest. decid.).

CLAVERT J.
(1952). Arch. Biol. (Liège), 34, 125.
(destin. osteocl.).

CLERC J.P. et AARON C.
Analyse radiologique de la mandibule foetale humaine.
Rev. Stomat., 1958, 10-11, p. 782 à 784.

CLYDE DAVIS W.
Operative Dentistry, 1945.
(fract. radic. consolid.).

COHEN B.
(1959). Brit. Dent. Jl, 107, 31.
(struc. epithel. "col" papill. interdent.).

COLBY R.A., KERR D.A. and ROBINSON H.B.G.
Color Atlas of Oral Pathology. Pitman, London/Lippincott, Philad., ed. d, 1964.
(fract. radic. consolid.), (form. atypic. resorp. intradent.), (pathog. cyst. dentiger & dent. inclus.).

COLYER J.F. et SPRAWSON E.
Chirurgie et pathologie dentaires.
Longmans, édit., Londres, 1942 (8e édit.).

COMMISSIONAT Y.
(1961). Encycl. Méd. Chir. (Paris). Stom? I fasc. 22028 A 10.
(ankyl.)

COMTE E.
Essais sur l'étude du développement normal d'un individu normal.
Rev. Mens. Suisse d'Odont., 1941, 5, p. 380 à 386.

COMTE E.
Suite d'étude sur le développement dentaire et facial normal.
Rev. mens. Suisse d'Odont., 1943, 7, p. 655-659.

CONKLIN W. et STAFNE E.
Etude de l'épithélium odontogène sur le follicule dentaire.
J. of the Am. Dent. Assoc., 1949, 2, p. 143-147.

COOLIDGE E.D.
(1937). Jl, Amer. Dent. Assn., 24, 1260.
(variat. fonct. membr. periodont.).

COOLIDGE E.D.
(1938)? Jl Amer. Dent. Assn., 25,343.
(occl. traumat.).

CORDIER R. et DELMAS A.
Des rapports du sinus pré-cervical avec les fentes branchiales.
Bull. Acad. Méd., Paris, 1942, 31-32-33, p. 485.

CORDIER R. et DELMAS A.
Sur la présence fréquente de poches branchiales perforées chez l'embryon humain.
Bull. Acad. Méd., Paris, 1942, 31-32-33, p. 486.

CORDIER R. et ROUX P.
Note sur le développement des conduits naso-lacrymaux chez l'homme et sur le coloboma facial.
Bull. Acad. Méd. (Paris), 1944, 19, p. 318.

CORDIER R. et ROUX P.
Formation du palais primaire.
Bull. Assoc. Anatom., 1947, 3-4, p. 499 u

COSTACHE A.
Les manifestations de la sénescence au niveau de la cavité buccale.
Infor. Dent., 1961, n° du 27 juillet, 3, 10 et 31 août.

COSTE F., MORIN P. et SEVILEANO E.
(1942) Rev. Rhumat. (Paris), 9,90.
(osteolys. essent.).

COSTER de L.
Défaut de parallélisme entre la croissance osseuse et le développement dentaire considéré comme facteur dans l'étiologie des malformations dento-faciales.
Rev. Stomat., 1938, p. 588 à 603.

COSTER de L.
Orthodontie nouvelle. Contrôle de la croissance de la face.
Rev. Stomat., 1947, p. 193 à 206.

COUTAND A.
Etude analytique de la téléradiographie.
l'Ortho. Française, XXVe Congrès, 1954, p. 1 à 123.

COYNE et CAVALIE.
C.R. Soc. Biol. (Paris, III-IV (1905) et V (1906), quot. in FREY :Pathologie des dents, éd. 6, Baillière, Paris 1933, et in DELIBEROS, Pathologie des dents et du périodonte, Baillière, Paris, 1959. (err. concept).

CRETIN A.
Contribution histochimique à l'étude de la construction et de la destruction osseuse.
Presse méd., 22 sept., 1951, 59, n° 60, 1240-1242.

CROUCH St.
Heredity (Hérédité).
Inter. J. of Ortho. and dentistry for Children, 1935, 21, p. 523 à 530.

CRUCIANI A.
Granulome de la pulpe dentaire.
Ann.di Stomat., janv. 1967, 16 n° 1, 51-68, 5 fig., (Bibliogr.), (résumé franç.).

DACHI S.F. et HOWELL F.V.
A survey of 3 874 routine full-mouth radiographs. II A study of impacted teeth. Oral Surg., 1961, 14, 1165.

DALCK A.
La formation de la bouche et des dents à la lumière de l'embryologie causale.
Orthod. Fr., 1936, 13, p.11-16.

DALCQ A.
Embryologie de l'organe olfactif des vertébrés.
Traité de zool. de Grassé, t. 12, Masson et Cie, Paris, 1944.

DARLING.
Un cas de métaplasie cémentaire complète de la pulpe dentaire.
Proc. Roy. SOC. méd., janv. 1951, 44, n°1, 57-58.

DAVIS Cl.
Operative Dentistry, 1945, fig. 333.
(resorp. fragm. & consolid. dent. fract.)

DAVIES T.G.H. and FEARNHEAD R.W.
(1960) Arch. Oral Biol., 2, 263.
(absence fibr. nerv. in matr. oss.).

DEAKINS M. and LOOBY J.
(1943) Jl, Amer. Obst. and Gynec., 46, 265.
(gravid.).

DE CASTRO F.
(1930) quot. DAVIES and FEARNHEAD.

DECHAUME J., DECHAUME M., PAYEN J., GRELLET M. et BONNEAU M.
(1960), Presse Méd., (Paris), 68, 2269.
(pathol. sympath. stomatol.).

DECHAUME et CAUHERE J.
Réimplantation, transplantation, implantation.
Rev. stomat., 1941, 42, 418.

DECHAUME et CHAPUT (Mme).
Granulome interne de la pulpe coronaire sur une incisive centrale supérieure temporaire.
Rev. stot., août-sept., 1947, 48, n° 8-9, 532-535.

DECHAUME et CHAPUT A. (Mme).
Enostose mandibulaire : guérison spontanée.
Rev. stomat., 1947, 48, 223-229.

DECHAUME M. et CORONEL S.
(1950). Rev. Stom., (Paris), 51, 227.
(osteo-scler. localis.).

DECHAUME M.
(1951). Rev. Stom., (Paris), 52, 289.
(kyst. extrafollic. later. pariodont.).

DECHAUME M., CAUHEPE J. et MARC A.
(1953), Rev. Stom., (Paris), 54, 130.
(retent. decid.)

DECHAUME M., LAMBERT A. et DESCROZAILLES P.
(1954), Rev. Stom., (Paris) 55, 441.
(osteopetr.)

DECHAUME M., GOUJARD R., PAYEN J. et BONNEAU M.
(1958) Presse Méd. (Paris), 60, 303.
Exper. electrocoagul. diencephal.)

DECHAUME M.
Précis de stomatologie.
éd. Masson, Paris, 1960.

DECELLE V., EVENOU, LIBERMANN et DESPEIGNES.
Technique nouvelle de désinclusion des canines.
Rev. franç. Odonto-Stomat. mars 1955, 2 n° 3, 321-333.

DE FAZIO E.
(1952). Ann. Stomat. (Roma), 5, 373.

DE FAZIO E.
Sull'embriogenesi della cuticula dello smalto (Embryogénèse de la cuticule de l'émail).
Annali di Stomatologia, n° 2, février 1958, p. 115 à 121, 43, réf. bibliog.

DEGENHARDT K.H.
Dysplasie cranio-faciale due à une déficience en oxygène chez le lapin.
Biol. Néonat., Münster, 1960., 3, p. 93-104.

DELAIR J.
La croissance des os de la voûte du crâne. Principes généraux. Introduction à l'étude de la croissance des maxillaires.
Rev. Stomat., 1961, 9, p. 518-526.

DELATER G. et BERCHER J.
(1923) Rev. Stomatol., (Paris), 25, 252.
(pathog. cyst. odontogen.).

DELAUNAY A. et BAZIN S.
(1959), C.R. VIe Congr. Intern. Thérap., vol. 2, 30 oct. 1959.
(biochem. inflamm. foc.).

DELEAU L.
Contribution à l'étude de la croissance de la face. Déductions orthopédiques.
Thèse, Paris, 1950.

DELIBEROS J.
A propos d'un cas de granulome interne.
Odontologie, déc. 1949, 70 n° 12, 721-727.
(Bibliogr.)

DELIBREROS J.
Pathologie des dents et du périodonte.
Baillière, édit. Paris, 1959.

DELL'OMARINO G e SESSI D.
(1961) Riv. Ital. Stomat., 8, 597.

DEMUTH W.
(1947) Ztschr. Stom., 44, 36.
(resorp. parietal. in pulpit. chron.).

DESNOYERS.
Contribution à l'étude des déformations foetales dites par compression.
Thèse, Paris, 1925.

DIENSTEIN B.
Tooth development and eruption. (Développement des dents et éruption).
J., of dentistry for children, 1956, I, p. 54-62.

DIEULAPE L et HERPIN.
L'apophyse angulaire du maxillaire inférieur.
J. d'Anat. et Physiol., 1907.

DIEULAPE L. et HERPIN.
Développement de l'os maxillaire.
J. d'Anat. et Physiol., 1906, n° 3,5-6

DITISHEIM I.
Med. Dissertation. Basel, 1938.
(ankyl. osteo-dent.).

DOBRZANSKA-MANKOWSKA A.
The influence of Amputation with dead Pulp on Resorption of the Roots of Milk Teeth.
Czas. Stomat. (Varsovie), mars 1966, 19, n° 3, 275-281.

DODDS G.S.
(1932) Amer. Jl, Anat., 50, 97.
(divers types osteocl. ter. minol.).

DOREMAN A., MUNTZ J.A. and STEPHAN R.M.
(1943) Jl. Amer. Dent. Assn. 30, 1893
(bact. dentine).

DORIAN S.
Thèse, Paris, 1928.
(mécan. réinclus.)

DOUGLAS L.B.
Odontogenesis imperfecta (odontogénèse imparfaite).
The New York state dent. J., 1952, 8, p. 414-415.

DOUNIAU R. et WERELDS R.J.
(1960) C.R. XVIe Congr. franç. Stom.,
in Rev. Stom. 61, 610 (resorption radic. post-traum.)

DREYFUS Gilbert et ALEXANDRE C.
Sénescence des glandes endocrines et denture. Rapp. du XVe Congrès de l'Arpa intern., p. 5 à 11, Georg et C°, Genève, 1958.

DROUIN M.
Etude histopathologique de la muqueuse de la dent de sagesse inférieure.
Ann. Odonto-stomat., 1957, 14, 161.

DUBECQ X.J., BENOIT P., DUFRECHE R. et CLARY Y.
Les incisives centrales incluses au maxillaire supérieure.
Rev. Odonto-stomat. (Bordeaux), 1961, 19, 59.

DUBOS R.J.
The Bacterial Cell. Harvard Press, 1945 (fact. fixation bacter.)

DUBOS R.J.
Bacterial and Mycotic Infections of Man, ed. 3., Lippincott, Philadelphia, 1958 (interact. bacter. & organism).

DUBREUIL CHAMBARDEL.
L'os frontolacrymo-naso-maxillaire.
Bull. Mém. sté d'anthrop., Paris, 1920, 1, série 7.

DUBREUIL G.
Traité d'embryologie humaine (2e éd.)
Vigot, Paris, 1947.

DUFAY J.P.
Contribution à l'étude de l'hérédité du comportement neuro-musculaire et de son rôle dans les déformations dento-maxillaires.
Thèse, Paris, 1955.

DUFRECHE R. et DESCHAMPS P.
(1949) Rev. Stom. (Paris), 50, 221.

DUPAS, BADELON et DAYDE
(1942) Mém. Acad. Chir. (Paris), 69, 285
(ostéolys. essent.)

DURAN-REYNALS F.
(1942) Bacter. Rev., 6, 197
(fact. diffus. bacter.)

DZIEWIATKOWSKI D.D., DI FERRANTE N., BRONNER F. and OKINAKA G.
(1957) Jl. Exper. Med., 106, 509
(bioch. ossif.)

EDWARDS F.E. and KITCHIN P.C.
(1938) Jl. Dent. Res., 17, 115
(exper. section nerv. mandib.)

EGGERS-LURA H.
(1961) New York State Dent. Jl., 27, 75
(cytochem. osteocl.)

EICHLER O.
Le métabolisme des bourgeons dentaires in vivo et in vitro.
J. Dent. Belge, 1959, 4, p. 249-260.

VON EISELSBERG A.
(1864) Langenbecks Arch. klin. Chir. 49, 207
(hypo-thyr. & Hypoplas. struct. oss.)

VON EICKEN T.
(1935) Zahnärztl. Rdsch., 44, 1921.

EHRICH W.E.
Die Entzündung, in Handbuch der allgemeinen Pathologie, Bd. 7, 1, Berlin/Göttingen/Heidelberg., 1956 (docum. general. inflam.)

ELLENBERGER W. und BAUM H.
(1892) Arch. Anat., 40
(resorp. dent. inclus.)

ENGELBACH W.
La médecine endocrine.
Thomas, édit., Springfield (Ill.), U.S.A., 1932.

ENNIS L.M.
Dental Roentgenology, Kimpton, London, 1949.

ENNIS L.R. (1959)
Jl. Amer. Dent. Assn., 59, 56 (radiol. osteoscler. local.)

ERAUSQUIN J.
Embriologia dentaria humana, Buenos Aires, 1955
(types osteocl., terminol.)

ERDHEIM J.
(1911).Frankfurt. Ztschr. Pathol., 7, 175 (exp. hypoparathyr.)

ESELMAN J.C.
(1961). Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 14, 1331
(radiol. osteoscler. Local).

EULER H.
(1920) Dtsch. Mtschr. Zahnhlk., 38, 152.

EULER H.
(1921). Vtljsær . Zahnhlk., 4, 3.

EULER H. (1922).
Dtsch. Zahnärtzl., Wschr., 25, 69.

EULER H.
(1925) Comportement des dents en cas de tumeurs malignes de la machoire.
Deutsche Mschr. Zahnlk., 43, 701.

EULER H. et MEYER W.
Histopathologie des dents. Bergamnn, edit. Munich, 1927.

EULER H.
(1929) Tschr. Tandheelk, (Utrecht), 26, 171.

EULER H. in KANTOROWICZ
Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde t.3, Leipzig, Berlin, 1931.

EULER H.
Les anomalies, malformations et mutilations des dents humaines.
Lehmann, éd. Munich, 1939.

EULER H.
Die Anomalien, Fehlbildungen und Verstümmelungen des menschlichen Zähne.
München/ Berlin, 1939, pp. 113.

EULER H.
(1940) Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferhlk., 7, 201.

EULER H.
(1951) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 6, 13.

EULER H. et BRABANT H.
(1954) Arch. Stomat. (Liège), 9, 21 (cement coron. surf. dent. inclus.)

EULER H.
(1955) Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferhlk., 22, 84 (resorp. dent. inclus.)

EULER H.
Le "granulome interne" dans la littérature spécialisée récente. Deutsche-Zahn-Mund u. Kieferh., 1957, 27, n° 1 bis, 9, 319-332, 24 fig.

EUSTERMANN G.
(1922) Int. Il orthod., 8, 441/incid. inclus. dent. perman.)

FABER
Développement du sinus frontal. Thèse Lille, 1958.

FALLER A.
Les structures fibrillaires du cément des dents incluses P.O.S., 1959, Fiche 1239.

FANNING E.
(1962) Cité d'après BOUYSSOU et coll. 1965.

FAROUZ, PERRET et MUGUET.
A propos d'une lésion intra-canaliculaire sur une incisive centrale permanente.
Ann. Stomat., mai-juin, 1951, 9, n° 3, 123-129.

FASTLIGHT S.
(1942) Amer. Jl. Orthod. 28, 548 (resorp. amput. multipl.)

FELL H.B. and MELLANBY E.
(1952) Jl. Physiol. (London), 116, 320
("osteolysis" in explant. cartil.)

FERNANDEZ R.F.
Considérations sur quelques formations peu décrites, observées au niveau des germes dentaires.
Rev. odont., 1951, 11, p. 541-550.

FERNEX E. et MANI G.
Contribution à l'étude de la position des follicules dentaires dans le maxillaire supérieur du foetus humain.
L'Orth. Française, 1958, 29, p. 363-374.

FERRARA P.
Le granulome interne de la pulpe.
Ann. di stomat. nov. 1959, 8, n° 11, 963-966 (résumé français).

FERRIER P.
Relations de nutrition entre le squelette et les dents.
Thèse, Paris, 1900 (Histor. odontolys.)

FERRIER P.
(1907) C.R. Soc. Biol. (Paris), n° 6, 1907
(theor. decalc. & recalc. dent. orig. humoral.)

FIEUX, COUTAND, BOUVET et NETTER.
Les muscles, causes de dysmorphoses et agents de traitement.
Actual. Odont.Stomat., 1956, 34, p. 221-240.

FIEUX J. et LOPEZ A.
Rhizalyses post-traumatiques.
Rev. Stomat. déc. 1964, 65, n° 12, 771-773.

FILICORI R., LUZI C. & TOMASINI E.
(1959) Riv. Ital. Stomat., 14, 66.

FILIPPI B.
Labbro leporino ottenuto sperimentalmente nel l'embrione di ratto. Reostruzione, considérazioni de embriologia e studio morfologico. (Bec de lièvre obtenu expérimentalement sur un embryon de rat. Réobturation, considérations embryologiques et morphologiques).
Minerv. Otorinol., 1957, 4, p. 3-20.

FISCHER C.H.
(1936) Dtsch. Zahn-, Mund-u. Kieferhlk., 3, 534.

FISCHER G.
Normale med. pathologische Biologie des Zahnsystems. Berlin, 1953.

FISCHER G.
(1956) Stoma, 4, 239.

FISCHER G.
(1957) Stoma, 5, 50.

FISCHER G.
La résorption de la dent de lait et l'éruption des dents permanentes. Schweiz. Mschr. Zahn., mai 1958, 68, n° 5, 369-393, 13 fig. (résumé français).

FISCHER R.D. et FRUSH J.P.
La interpretacion dinestetica del concepto dentogenico. (Interprétation dinesthétique du concept dentogénique). Rev. de la Assoc. Dent. Mex., 1960, 2, p. 89-116.

FISCHMANN D.A. and HAY E.D.
(1962) Anat. Rec., 143, 329 (orig. osteocl. mononucl. leucocyt.)

FISH E.W.
An experimental investigation of enamel, Dentine and the Dental pulp. J. Bale and Sons and Danielson, London, 1933.

FISH E.W.
(1935) Jl. Physiol., 84, 272 (hypervitam. D).

FISH E.W.
(1939) Jl. Amer. Dent. Assn. 26, 691
(concept. act. protect. granulome limitat. infection)

FISH E.W.
(1941) Proc. Roy. Soc. Med., 34, 427.

FISH E.W.
Surgical Pathology of the Mouth. Pitman, London, 1948, (pulp. chron. asympt. Odontocl.)

FISH E.W.
(1961) Dent. Progr., 1, 234 (struct. epithel. "col" papill. interdent.)

FITTON-JACKSON F.
(1957) Proc. Roy. Soc. Med., 146 B, 270 (bioch. ossif.)

FLEISHMANN.
Embryologische Unter-suchungen (Recherches embryologiques) Wiesbaden, 1889.

FLEMING H.S.
(1953) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 6, 1315 (resorp. exper. Transplant. dent. germ. dentinogènes)

FLEMING H.S.
Growth and development of teeth experimental transplantation (Croissance et développement des transplantations experimentales des dents).
The Bull. of the Nal. Dent. Assoc., 1958, 3, p.75-78.

FOLLIS R.H. and PARK E.A. (1952)
Amer. Jl. Röntg. Rad. Therap. and Nucl. Med., 68, 709 (défic. vitam. liposol & Hypopl. oss.)

FORD C.E. et JACOBS P.A.
Chromosomes somatiques de l'homme.
Natura, 1958, 181, p. 1565-1568.

FORD M. et MASON A.D.
Heredity as a factor in malocclusion (Hérédité, facteur dans la malocclusion).
J. Heredity 1943, 34, p. 57-64.

FORSTER A.
Le maxillaire inférieur chez certains rongeurs. Essai d'explication de certaines particularités résultant d'adaptations spéciales.
Arch. Anat. Histol. Embryolog., 1930, 2, p. 391-422.

FOTHERGILL J.A.
(1899-1900) Trans. Odont. Soc. (London, 2nd ser., 32, 213.

FOX L. (1933) Jl. Amer. Dent. Assn. 20, 1823 (Paget & dent)

FOX J.P.
(1936) Jl. Immunol., 31, 293 (fixat. bacter. anachr.)

FRANCESCHETTI A.
De l'importance des facteurs héréditaires comme marqueurs de chromosomes.
Arch. Suisse de neurol. et de Psych., 1949, 63, p.219-229.

FRANKE G.
(1955) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 10, 1277.

FRANK R., KERN R. et FONTAINE R.
(1957) Ann. Anat. Path. (Paris), 2, 5
(microsc. electron. osteopor. post-traumat.)

FRANK R.
Thèse Méd. Strasbourg, 1957
(microsc. electron. ostéopor. post-traumat.)

FRANK R.M. and KARLI P.
(1962) Arch. Oral Biol., 7, 381 (exper. electrolys. nucl. cent. trigem.)

FRANK R. et NICOLAS P. (1962)
Bull. Group. Int. Rech. Sc. Stom. (Liège), 5, 30,
(hypercement.)

FRANK R.
In Thèse PERI C. (ankyl. osteo-radic. Paget).

FRANK R.M. and KARLI P.
(1962) Arch. Oral Biol., 7, 381
(lésions facial. in exper. destruct. nucl. trigemin.)

FRANK R.M.
Thèse Méd. Strasbourg, 1957, pp. 79-84.
(electr. micr. osteopor. post-traumat.)

FRIANT M.
Le début de l'évolution du cartilage de Meckel chez les mammifères et l'homme.
Actual. Odont. stomat., 1958, 43, p. 377-383.

FRIANT M.
Anatomie comparée crânio-faciale et dentaire.
Julien Prélat, Paris 1953.

FRIANT M.
(1955) Actual. Odonto-Stom. (Paris), n° 32 (1955), p.495
(hypoth. transform. odontoblast. odontoclast.)

FRIANT M.
Sur l'ossification enchondrale du cartilage de Meckel chez les rongeurs.
Bull. Group. Intern. pour la recherche scient. en stomat. 1959, 8, p. 7-17.

FREIDEL Ch. et POTEL M.
Kyste dentifère avec inclusion de la première molaire inférieure.
Rev. Stomat. (Paris), 1939, 41, 494.

FREIDEL Ch. et DUMAS P.
Extraction chirurgicale des dents incluses, des dents surnuméraires et des odontomes.
In Encyclopédie méd.-chir., stomatologie, 1961, 22010 G 10 et G 30.

FREIZ P.
A propos des rhizalyses trophiques.
Rev. Stomat., juin 1938, 40, 386-390 : addentum août 1938, 40, 560.

FUSTER
Analyse du développement de la dentition.
J. of the Am. dent. Assoc. 1951, 4, p. 376-387.

GAGNON J., SCHOUR I. and PATROS M.C.
(cf. Dysgen. radic.)

GAILLARD P.J.
(1959) Develop. Biol., 1, 52 (cytol. osteocl.)

GALIPPE V. et MALASSEZ L.
Les débris épithéliaux paradentaires.
Paris, 1910 (terminol. : "dentinoblaste").

GARDNER W.U. and PFEIFFER R.C.
(1938) Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 37, 678
(osteoscler. oestrogen.)

GARDNER F.B.
(1947) Jl. Amer. Dent. Assn., 35, 838
(resorp. intradent. centr. double).

GARN, LEWIS et POLACHECK.
Variability of tooth formation. Variabilité de la formation des dents).
J. of dent. Research, 1959, 1, p. 135-148.

GARN S.M., LEWIS A.B. et POLACHECK D.L.
Interrelations in dental development. (Interrelations du développement dentaire).
J. of Dental Research, 1960, 5, p. 1049-1055.

GASKILL H.J.
(1894) Dental Cosmos, 36, 1019.

GASTINEL P. et REILLY J.
(1927) C.R. XIXe Congr. Franç., Med. Rapport I, Masson, Paris (fixat. bacter. septicem.)

GASTINEL P.
Précis de bactériologie médicale.
Masson, Paris, 1957 (fact. fixat. bacter. hematog.)

GERARD.
Anatomie comparée de l'organe olfactif. Traité de zool. de Grassé, t. 12, p. 522-551. Masson et C°, Paris, 1954.

GERARD-MAUREL.
Chirurgie maxillo-faciale.
Le François, éd., Paris, 1940.

GERSH I. andCATCHPOLE H.R.
(1949) Amer. Jl. Anat., 85, 457 (histochem. oss.)

GERSTNER R. et BUTCHER E.D.
Etudes in vitro du développement du germe dentaire et de la pulpe.
J. Dent. Research, 1958, 3, p. 384-390.

GILLETTE R. and WEINMANN J.P.
(1958) Oral surg., 11, 638 (format. extrafollic. dentiger. cyst.)

GINESTET G.
Pourquoi, quand, comment faut-il extraire les canines incluses ?
Odontologie, juil.-août 1950, 477.

GINESTET G., PALFER-SOLLIER M., PONS J. et FREZIERES H.
Chirurgie stomatologique et maxiilo-faciale.
Flammarion, éd. Paris, 1963.

GIROUD A. et BOISSELOT J.
Fente du palais et raccourcissement de la mandibule par avitaminose B.
Rev. Stomat., 1948, 7, p. 377-387.

GIROUD A., LEFEBVRE et BOISSELOT. J.
Anomalies du foetus en l'absence d'acide folique.
Arch. Franç. Pédiatr., 1951, 6, p. 1-9.

GIROUD A.
Dati attuali sulli malformazioni congeniti in otorinolaringologia. (Malformations congénitales en otorhinolaryngologie. Etat actuel.
Minerv. Otorinol., 1955, 3, p. 3-28.

GIROUD A. et MARTINET M.
Malformations de la face et hypevitaminose. A
Rev. Stomat., 1956, 7-8, p. 454-463.

GIROUD A. et MARTINET M.
Tératogénèse par hypervitaminose A chez le rat, la souris, le cobaye et le lapin.
Arch. Franç. Pédiat., 1959, 7, p. 1-5.

GIROUD J. et LELIEVRE A.
Elements d'embryologie.
Le François, Paris, 1960.

GISCLARD.
Variations de la chronologie d'éruption dentaire chez l'homme. Thèse, Strasbourg, 1945.

GLASSTONE S.
Le développement des germes dentaires sectionnés : étude d'embryologie expérimentale.
British Dent. J., 1952, 9, p. 238-242.

GLASSTONE S.
Culture des germes dentaires.
British Dent. J., 1958, 105, p. 58-62.

GLASSTONE S.
Culture de germes dentaires.
Proc. Eoy. Soc. London, 1938, 126, p. 315-330.

GLATTLI W.
Thèse Méd. Berne, 1947, (terminol, types osteocl.)

GLIMCHER M.J.
in : Clacification in Biological Systems, R.F. SOGNNES edit., Washington, Amer. Assn. Adv. Sc., 1960, p. 421 (bioch. ossif.)

GLUCSKMANN M.
(1942) J1, Amer. Dent. Assn., 29, 184.
(trouble dévelop. vertic. alveol.).

GODENY E.
Etude de l'éruption des dents permanentes. Rapports entre la perte des dents qui leur succèdent.
Acta Genetica et statistica medica, Basel, 1952, 3, p. 193-249.

GOLDHABER P.
(1958) Arch. Path., 66, 635.
(physiol. osteocl. tiss. cult.).

GOLDHABER P.
(1962) Naw Engl. J; Med., 266, 870.
(concept. physiol. oss.).

GOLDMAN H.M. and BLOOM W.
(1949) Oral surg., Oral Med. and Oral Path., 2, 898.
(ankyl. radic.)

GOLDMAN H.M.
Periodontia, ed. 3, Mosby, St Louis, 1953, p. 148.
(occl. traum. form. cartilage in periodont).

GOLDMAN H.M.
(1954) Jl, Amer. Dent. Assn., 49, 522.
(resorp. local. necr. tiss. dent.).

GOLDSTEIN et STANTON.
Facial growth in relation to dental occlusion (Croissance de la face en rapport avec l'occlusion dentaire.)
Int. J. of Orthod. and oral surg., 1937, 9, p. 859 à 892.

GOLDSTEIN M.S. et STANTON F-L.
Changes in dimensions and form of the dental arches with age. (Changements des dimensions et formes de l'arcade dentaire suivant l'âge). Intern. J. of Orthod. and dentist. for Children, 1935, 4, p. 357 à 380.

GOETZEN B., KASPERSKA I. et WOCHNA W.
Morphologic Changes in Teeth Roots with Reinclusion Process. Czas. Stomat. (Varsovie), juin 1968, 21, n°6 699-706.

GOLLNER L.
(1931) Ztschr. Stom., 29, 613.
(resorp. intradent. peripher. multipl.)

GONZALES F. and KARNOVSKY M.J.
(1961) Jl, Biophys. and Biochem. cytol., 9, 299.
(electron-microsc. osteocl. activit.).

GORING D.
(1924) Ztschr. ges. Neur., 42, 1
(hypoth. "atrophis" oss., neurol.).

GOTTLIEB B.
(1921) Ztschr. Stom. (Wien), 19, 515.
(excement local radic.).

GOTTLIEB B.
(1921) Dtsch. Mtschr. Zahnhlk., 39, 142.
(epithel. attachmt.)

GOTTLIEB B.
(1922) Ztschr. Stom., 20, 286.(frac. radic. consolid.)

GOTTLIEB B.
(1923) Ztschr. Stom. (Wien), 21, 195.("Diffuse Atrophie"
struc. oss. alveol. & resorp. radic. general).

GOTTLIEB B.
(1925) Ztschr. Stom., 23, 375. (resorp. vs appos.)

GOTTLIEB B.
(1926) Dent. Itens Int., 48, 877.
(resorp & consolid. fract. dent.).

GOTTLIEB B.
(1927) Jl Amer. Dent. assn., 14, 1276.
(exper. traum. occl.)

GOTTLIEB B. und ORBAN B.
(1930) Ztschr. stom., 28, 1208.
(exper. resorp. dent. post-diatherm).

GOTTLIEB B. und ORBAN B.
Die Veränderungen der Gewebe bei übermäfiger Beanspruchung des Zähne. Thieme, Leipzig, 1931.
(condit. resorp. cement.)

GOTTLIEB B., ORBAN B. and DIAMOND M.
Biology and Pathology of the Tooth and its supportind Mechanisme Mc Millan Co., Naw York, 1938, (general).

GOTTLIEB B.
Dental Caries. Lippincott, Philad., 1947, p. 12. (toler. organ. dent. devital.).

GOUDAERT, SENNEVILLE, LIBERSA et BOISIN.
Contribution à l'étude de la croissance de la face in utero. Rev. stomat., 1951, [illegible], p. 43-50.

GOUDAERT M.
Greffes dentaires. Encycl. méd. chir., Stomatologie, fasc. 22093 A-10 (11.1959), 6 pages, 13 fig.

GOULD J.M. et GOULD G.G.
Résorption externe et interne d'une dent permanente. J.Am. Dental Ass., mai 1959, 58, n° 6, p. 158-159.

GRAFF S.
(1948) Stbl. Path., 3/4, 174 .

GRAFF S.
(1949) Dtsch. zahnärztl. Ztschr., 4, 1.

GRAZIDE A., BOULOMB A., BOISSET J. et DASQUE P.
(1956) Rev. Stom., (Paris) 57, 428 (therap.).

GREEN L.M.A.
(1958) Austr. Dent. Jl , 3; 25, (in dermoïd. ovar.)

GRETHER A. et MARINNES R.
Canines inférieures incluses? 1 vol., 70, p., Paris 1955, J. Prélat, éd.

GRETHER A.
(1952 et 1955) Actual. odonto-Stom. (Paris) n° 19 (1952) p. 309 et n° 32 (1955) p. 431. (kyst. dentiger. precoc.)

GRETHER A., MORAND D. et TESSIER H.
Algies faciales et viscéropathies par dents incluses. Actualités odonto-stomat., 1964, 65, 101.

GREULICH W.W. et PYLE S.
Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. (Atlas radiographique du développement squelettique de la main et du poignet).
2e édit., Oxford University Press, 1959.

GREULICH R.C.
(1961) Arch. Oral Biol., 3, 137
(concentr. mater. organ. bord. lacun. resorp.).

GROHS R.
(1931) Ztschr. stom. (Wien), 29, 386 (occl. traumat.)

GROND
quot. EULER (1940).

GROSSMAN L.J.
Root canal therapy, ed. 4, Kimpton, London, 1955.p. 72.
(diagn.) and p. 224 (therap.).

GUILLAIN G. et THEVENARD A.
(1929) Ann. Méd. (Paris), 25, 267.
(osteolys. essent. systemat.)

GYSI A.
(1898) Sxhweiz. Viljschr. Zahnhlk., 8, 107 (D. inclus).

HAGGQUIST J.
Larobok i. histol. o. embryol. f. tandl. stud.
Bonnoor, Stockholm, 1934 (Orig. osteocl.)

HAL'S E.
Dentine and Enomel anomalie : Histologie observation
in C Wit kop Genetic and dental Health. MC Graw Hill ed.
New York, 1962.

HAM A.W.
(1932) in COWDRY'S Cytology, vol. 2, p. 979. Hoeber,
New York (orig. osteocl.).

HAM A.W.
(1952) Jl Bone and Joint Surg., 34 A, 701 .
(signif. striat. bord. osteocl.).

HAMILTON, BAYD et MOSSMAN.
Human embryology (Embryologie humaine)
William et Wilkins, Cambridge, 1947.

HAMMER H.
(1934) Dtsch. Zahn, Mund-u Kieferhlk. 1, 253.

HAMMER H.
(1935) Dtsch. Zahn, Mund-u Kieferhlk. 2, 606 (resorp.
dent. inclus.)

HAMMER H.
(1937) Dtsch. Zahn, Mund-u Kieferhlk., 4, 179.
(histol. reimplant.)

HAMMER H.
(1939) Dtsch. Zahn, Mund-u Kierferhlk., 6,5.
resorp. fragment. evol. fact. dent.).

HAMMER H.
(1950) Dtsch zahnärztl. Ztschr., 6, 637 (reimplant.).

HANAZAWA K.
in : A Collection of Summaries of the Works of K. Hanazawa, Sekine, edit.,
Tokyo, Dent. Coll. Press, 1951 (ankyl osteo-radic.).

HANCOX N.M.
(1946) Jl., Physiol (London, 105, 66.
(initial. process. osteocl.).

HANCOX N.M.
(1949) Biol. Rev., 4, 448 (osteocl.).

HANCOX N.M.
The Osteoclast, in BOURNE'S Biochemistry and Physiology of Bone. Acad. Press. Inc., New York, 1956.
(initiat. process. osteocl.).

HANDSCHIN E.
(1952) Rev. Mens. Suisse Odont., 62, 119 .
(resorp. dent. cours. erupt.).

HARNDT E.
(1948) Dtsch. Zahn, Mund-u Kieferhlk., 11, 12.
(resorp. adamant. decid.)

HARNDT E.
Paradentitis und Paradentose. München , 1950.
(relation biol. pulp & periodont.)

HARNDT E.
(1953) in : Zahn, Mund-u Kieferhlk, in Vortr., 13 (München).

HARNDT E.
in HAUPL-MEYER-SCHUCHARDT : Zahn, Mund-u Kieferheilkunde, H. 12, München-Berlin, 1958.

HARNDT R.
Parodontite cellulaire (résorption radiculaire). Deutsche zahn. Zschr., 1er déc., 1962, 17, n° 23, 1573-1581, 11 fig. (bibliogra.)

HARNISCH H.
Die Durchbruchstörungen der Weisheiszähne. VEB, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1963.

HARRES W.
Med. Dissert. Zürich (1892) (resorp. dent. dermoïd.ovar).

HARRIS H.A.
Bone Growth in Health and Disease-Oxford, London, 1933. (format. struct. oss. pathol. in troubl. path. gener. & defic. nutr.).

HASS G.M.
(1943) Arch. Path., 35, 275 (process. encapsul. margin.)

HASS G.M.
in BOURNE G.H. The Biochemistry and Physiology of Bone (loc. cit.).

HATTYASY D.
(1937) Stomat. Kozl., 1, VI, 439.

HAUENSTEIN K. und KUHN A.
(1937) Dstch. zahnärztl. Wschr., 40, 509 (resorp. dent. inclus.).

HAUNFELDER D.
(1955) Dtsch. zahnärztl. Ztschr., 10, 325.

HAUNFELDER D.
(1956) Dtsch. zahnärztl. Ztschr., 11, 95.

HAUPL K.
Précis d'histopathologie de la dent et de son appareil de soutien. Barth, édit., Leipzig, 1940.

HAUPL K.
(1942) J; Anat. Etw. Gesch., 112, 41 (physiol. osteocl.)

HAUPL K., MEYER W. et SCHUCHARDT K.
Stomatologie, Urban, édit., Berlin, 1954.

HAUPL K.
in HAUPL-MEYER-SCHUCHARDT. Die Zahn, Mund-u. Kieferheilkunde. München-Berlin, 1958.

HAYES R.L.
Résorption idiopathique interne des dents. Oral Surg. juin 1960, 13, n° 6, 723-727, 7 fig. (bibliogr.).

HELD A.J.
(1946) C.R. XXe Journées Dent. Paris, p. 186.
(osteomalac. & dent.)

HELD A.J.
Structure microscopique de l'organe dentaire. Roth, Lausanne et Masson, Paris, 1947, p. 30.(involut. lam. dent.)

HELD A.J.
(1950) Les hypercémentoses. Edit. P.O.S. (Genève), fasc. n° 172.

HELD A.J.
Traitements dentaires conservateurs. Genève, 1951
(therap.).

HELD A.J. et CHAPUT A.
Les parodontolyses (Pathologie, clinique, thérapeutique) Julien Prélat, Paris 1960.

HELD-WYDLER E.
(1961) Rev. Mens. Suisse Odont., 71, 786.
(indirect "capping").

HELD A.J. et TCHERAZ A.
Quelques réflexions à propos de l'hyperplasie cémentaire. Hypercémentose au niveau des dents incluses. Schweiz. Mschr. Zahnheilk., 1964, 56, 676.

HELLER-STEINBERG M. MC LEAN F.C. and BLOOM W.
(1950) Amer Jl, Anat., 87, 315
(reversibil. osteobl/osteocl.).

HELLER-STEINBERG M.
(1951) Amer Jl, Anat., 89, 347
(histochem. process. osteolys.).

HELLMANN M.
The phase of development concerned with crupting the permanent teeth. (La phase de développement en rapport

avec l'éruption des dents permanentes).
Am. J. of Ortho. and Oral Surgery, 1943, 9, p. 507-520.

HEMLEY S.
L'incidence de la résorption radiculaire des dents permanentes vivantes.
J. Dent. res., 1941, 20, 133.

HENRY J.L. et WEINMANN J.P.
Le mode de résorption et de réparation du cément humain.
J. Am. Dent. Ass., 1951, 42, 270.

HERBERT W.E., CLARKSON P.C. and RUSHTON M.A.
(1951) Brit. Dent. Jl., 91, 317
(inflamm. in fibr. dysplas.).

HERPIN A.
Evolution du maxillaire inférieur.
Thèse, Paris, 1907.

HERPIN A.
Considérations sur l'évolution des tissus dentaires et des dents.
Rev. Stomat., 1928, 5, p. 261-269.

HERPIN A.
Notes sur la morphogénèse des dents.
Rev. Stomat., 1931, 4, p. 211-215 et 1932, 1, p. 6-10.

HERPIN A.
Des actions mécaniques dans la morphogénèse des dents.
Rev. Stomat., 1932, 8, p. 525-529.

HERZBERG J.M.
(1948) Jl. Oral Surg., 6 , 357
(resorp. dent. inclus.)

HESS W.
(1951) C.R. Cong. Dent. Suisse, Burgenstock, 1951.

HESS W. in HAUPL-MEYER-SCHUCHARDT
Die Zahn, Mund-u. Kieferheilkunde. H. 13, München-Berlin, 1965.

HESS W.
(1953) In Zahn, Mund(u. Jieferhelk. in Vortr., H. 13, München.

HESS J.C.
(1959) Actual. Odonto-stom. (Paris), 13, 337
(enost. orig. reflex).

HESS J.C.
(1970). Endodontie, Maloine.

HESSLER H.
Zur Klinik des intratentalen Granuloms.
Med. Dissert. Würzburg, 1955.

HEVESY G., HOLST J. and KROCH A.
(1937) Kgl. Dansk Vidensk Selsk. Biol. Med., 13,34
(radioisotopes).

HICKS
Embryologie et pathologie des kystes des arcs branchiaux.
Surg. Clin. North. Amer., 1953, 3, p. 619- 625.

HILL T.J.
(1934) quot. BENAZZI, BOREA e PRETOLANI.

HITCHIN A.D.
Jl. Dent. Assn. South Africa ; quot. Dental Abstr., 4,
95 (1949) (ankyl. osteo-dent.)

HOCHSTETTER F.
The participation of the facial processes in the formation of the primitive palate. (La participation des procès-faciaux dans la formation du palais primitif)
Anat. Anz. Jena, 1950, 13-15, p.217-224 ; Excerpta, 4,
n° 11, nov. 1950.

HOFER O.
Os alvéolaire et dent dans les tumeurs malignes de la mâchoire.
Zschr. Stomat., 1925, 23, 552.

HOFF F.
Klinische Probleme der vegetativen Regulation und der Neuralpathologie. Stuttgart, 1952
(dynam. act. reflex. Periph.)

HOFFER O.
Constatations se rapportant au développement de l'organe masticateur du foetus et du nouveau-né.
Forschr. der Kieferorthop., 1956, 3, p. 165-175.

HOGGINS G.S. et MARSLAND E.A.
Anomalies de développement de la dentine et de la pulpe associées avec de la calcinose.
Brit. Dent. J., 1952, 92, 305.

HOLLAND D.J.
Technique de chirurgie orthodontique.
Am. J. orthod., janv. 1955, 41, n° 1, 27.

HOPEWELL-SMITH A.
Normal and pathological histology of the mouth.
Philad., 1918 (d. inclus.)

HOPEWELL-SMITH A.
Dental cosmos, 72, 323, 462, 1036, 1151.

HOPE W. und ANDRULEIT J.
(1961) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 16, 1002
(res. dent. inclus.)

HOVELACQUE
Ostéologie crâne-face. Doin, Paris, 1934.

HOWE P.R.
(1927) Dent. Items Int. 49, 79 (resorp. & consolid. fract. dent.).

HOWELL W.H.
(1891) Jl. Morphol., 4, 117
(histor. : "polycaryocyte").

HOWELL F.V.
(1957) Jl. Sth. Calif. Dental Assn., 25, 42
(resorp. dent. inclus.)

HOWSHIP J.
(1815) Trans. Med. Chir. Soc. (London), 6, 263
(histor. : "Lacun. resorp.")

HRDLICKA A.
Normal variations of teeth and jaws in orthodonty.
(Variations normales des dents et maxillaires en orthodontie).
Inter. J. of Ortho. and Oral Surgery, 1935, 12, p. 1099-1114.

HUGGINS C.B. and Mc CARROL H.R.
(1934) Jl. Dent. Res., 14, 174
(resorp. exper. transpl. dent.)

HUMPHREYS H.F.
(1939) Proc. Roy. Soc. Med., 82, 633.
(Hyperparathyr. spontan.)

HUNZER H.A. and KAMIENSKY M.A.
(1961) Jl. Canad. Dent. Assn., 27, 586.

HUNTER J.
Natural history of the Human teeth. Johnson, London, 1803 (réimplant.)

HUNTER J.
The Works of John Hunter (Palmer, edit.) Longman, London, 1835, vol. 1 (histor. : resorp. model.).

HURET L.
Les os mentonniers. Information dentaire, 1960, 22-12 1626-1631.

HURREL D.J.
(1937) Jl. Anat. (London), 72, 54
(innerv. struct. oss.)

INGALLS T.H. and BUTLER R.L.
(1933) New Engl. Jl. Med., 248, 511
(dent. anomal. mongolism.)

INOUE H. and AKIYOSHI M.
(1962) Jl. Dent. Res., 41, 503
(differ. struct. font. fibr. cement.)

INSKIPP E.F.
(1947) Jl. Calif. state Dent. Assn., 23, n° 3 and Year Book of Dentistry, 1947 (thérap.)

IRVING J.T. (1958)
Jl. Dent. Assn. South Africa, 13, 295
(bioch. ossif.) IZARD G.

IZARD G.
Modifications de l'arcade dentaire chez l'homme au cours de la croissance.
Rev. Stomat., 1926, 8, p. 178-179.

IZARD G.
Orthopédie dento-faciale. 2e éd. Masson et C°, Paris, 1943.

IZARD G.
Orthodontie. In "Pratiques stomatologiques" par CHOMPRET et coll. Masson, éd., Paris, 1950, 7.

JACKMAN (quot. LEGER et al.)

JACOBSON O.
Signification clinique de la résorption radiculaire.
Am. J. Orthop., sept. 1952, 38, n° 9, 687-696, 7 fig. (bibliogr.)

JACOWSKY P.
(1948) Inform. Dent. (Paris), 30, 25 juil. 1948, p. 880.

JAFFE H.L.
(1930) Arch. Surg., 20, 355 (destin. osteocl.)

JAHN T.
Altérations des dents au voisinage de tumeurs malignes ou bénignes des maxillaires.
Deutsche Zahn- Mund-u Kiepferh., 1942, 9, 322 et 387.

JANCZUC Z.
Spontaneous Resorption of permanent Teeth.
Czas. Stomat. (Varsovie), 1963, 16, n° 4, 295-302.

JANSKY Z
(1950) Rev. Stom. (Paris), 51, 432
(epithel. hyperpl. pulpit.)

JARBY S.
(1951) Tandlaegebl. (Copenhague), 55, 455.

JARMER K.
(1951) Dtsch. Zahn-, Mund-u, Kieferhlk., 14, 446
(epithel. format. pulpit.)

JEANNERET R.
Contribution à la question du granulome dit "interne".
Schweiz. Monat. Zahn., mai 1947, 57, n° 5, 378- 382
(bibliogr.)

JORDAN H.E.
(1925) Anat. Rec., 31, 51 (terminol. : variet. ostéocl.)

JORDON E.
Action du régime alimentaire sur le développement dentaire. Rev. stomat., 1922, 9, p. 541-551.

JORDAN et KINDRED.
Textbook of embryology (Traité d'embryologie)
Appleton Century et Cie, New York, London, 1948.

JUNG C.
Das Füllen der Zähne,
Leipzig-Wien, 1905 (thérap.)

KANAMORI H.
(1928) Vtljschr. Zahnhlk., 44, 161, und 375.
(res. dent. dermoïd. ovar.)

KANTOROWICZ A.
(1910) Dtsch. Mtschr. Zahnhlk?, 28, 809.
(resorp. adamant.)

KANTOROWICZ A.
Handwörterbuch der gesamten Zahnheikunde, Bd. IV
Barth, Leipzig, 1931.

KANTOROWICZ W.
Manuel de dentisterie générale.
Urban, édit. Berlin, 1931, 3.

KASSOWITZ M.
Die normale ossification und die Erkrankungen des
Knochensystems, etc. Wien, 1881.

KEELER C.E.
Heredity in dentistry (Hérédité en dentisterie).
Dental Cosmos., 1935, 1147 à 1163.

KEIL A.
(1958) Dtsch. zahnärztl. Stschr., 13, 1013
(resorp. dent. inclus.).

KEIBEL et MALL.
Traité du développement de l'homme
Handbuch der Entwicklungen der Menschen. S. Hirael
Leipzig, 1911.

KEIBEL et MALL.
Manual of human embryology. (traité d'embryologie humaine)
Vol. 1, J.B., Lippincott, Londres, 1912.

KELLNER E.
(1928) Ztschr. Stom., 26, 271 (hypercem. inactivit.)

KENNY A., DRASKOSZY P. and GOLDHABER P.
(1959) Amer. Jl. Physiol. quot. SOGNNAES (prod. acid. resorp. oss.)

KEREBEL B.
Le thymus et les dents.
Rev. stomt., 1956, 3, p. 113-120.

KEREBEL B. et RIBAY B.
Amélogénèse imparfaites. Etude au microscope photonique et au microscope électronique à balayage.
Actualités odonto-stomatologiques., p. 37, n°93, mars 1971.

KERR D.A.
(1961) Jl. Periodont., 32, 183.

KETCHAM A.H.
Une nouvelle étude sur la résorption apicale des racines des dents permanentes.
Int. J. Orthod. Oral Surg. radiogr., 1929, 15, 310.

KIENBOCK R.
(1930) Fortschr. Röntgenstr., 42, 567.
(osteolys. essent.).

KILESCLAN A.
Remarques et considérations sur la dentinogénèse normale.
Clinica Odont., 1952, 10, p. 310-317.

KIRBY-SMITH H.T.
(1933) Amer. Jl. Anat., 53, 377.
(destin. osteocl.).

KITCHIN P.C., SUTTON T.S. and EDWARDS L.F.
(1948) Jl. Dent. Res., 27, 728.
(defic. Ca & P + gravid. & lact.).

KIRSTEN H. et BECK K.H.
Les résorptions radiculaires des dents restantes.
Oster. Zschr. Stomat., sept., 1958, 55, n° 9 472-479, 11 fig. (bibliogr.).

KLATZKY M.
Jl. Amer. Dent. Assn., 1937, 24, 1735.

KLEES L. et PHILIPPART R.
A propos de deux cas de granulome interne.
Rev. Stomat., juil. 1948, 49, n° 7, 414-420, 10 fig.
(bibliogr.).

KLEES L. et PHILIPPART R. in BRABANT-KLEES-PHILIPPART :
Précis d'histopathologie de l'organe dentaire.
Masson, Paris, 1953.

KLEES L.
Communication personnelle, 1967.

KOHLER J.
(1927) Ztschr. Stom., 25, 896.
(ankyl. osteo-radic.).

KOHLER E.
(1950) Dtsch. Zahn, mund-u Kieferhlk., 13, 353.

KOJIMA M. and OGATA M.
(1960) Tohoku Jl. Exper. Med., 71, 373.
(physiol. & nature osteocl.).

KOLLICKER.
Embryologie. Traduct. franç. par Schneider, Paris 1882.

KOLLIKER A.
(1872) Verh. phys. med. Ges. Wurzburg, N.F., 2, 243.
(histor. : "ostoklast").

KOLLIKER A.
Die normale Resorption des Knochengewebes und ihre bedeutung für die entstehung der typischen knochenformen.
Vogel, Leipzig, 1873.
(histor. : defin. resorp. osteocl.).

KONIG H.
(1939) Ltsch. Zahn., Mund-u, Kieferhlk., 6, Nr. 5
(resorp. evol. dent. fract.).

KORKHAUS G.
(1938) Orthod. franç., 15, 261.
(press. erupt. mesial.)

KORKHAUS G.
(1952) Dtsch. zahnärstl. Ztschr., 7, 1205.
(ankyl. osteo. eadic.).

KORKHAUS G.
L'influence de l'hérédité et du milieu sur l'architecture du crâne facial.
L'Ortho. Française, 1952, 23, p. 285.

KORKHAUS P.
Les tendances favorables et défavorables dans le développement de la denture.
J. dentaire Belge, 1936, n° 3, p. 314-343.

KOTANYI E.
(1924) Ztschr. stom., 22, 747 (resorp. dent. inclus.)

KOTANYI E.
(1931) Ztschr. Stom., 29, 764
(resorp. adamant. dent. retent.)

KOVACS L.
Les causes de l'incurvation des racines dentaires.
Rev. Belge de Stomat., 1958, 2, p. 76-90

KRAMER I.R.H.
(1954) Brit. Dent. Jl., 96, 9 (étiol.)

KRANZL J.
(1936) Ztschr. Stom. (Wien), 34, 872.

KRAUS B.S. et DECKER J.D.
Rapports prénataux entre le maxillaire et le prémaxillaire au cours du développement facial chez l'homme.
Acta Anat. Suisse, 1960, 3; 3, p. 278-294.

KRAUS S.B., JORDAN R.S., ABRAMS L.
Dental Anatomy and occlusion.
The Williams and Wilkins Company, 1969.

KRESHOVER S., CLOUGH O. et BEAR D.
Influences prénatales sur le développement de la dent.
J. Dent. Research, 1953, 2, p. 246-261 et 4, p. 565-577.

KRIVINE P.
In Encyclop. Méd. Chir. (Paris), Stom. I, fasc. 22026
1956.

KROGMAN W.M.
Facing facts of face growth. (Face à la croissance faciale).
Am. J. of Orthod. and Oral Surg., 1939, 8, p. 724-731.

KROGMAN M.
The problem of "Timing" in facial growth with special references to the period of the changing dentition. (Le problème du "temps" dans la croissance de la face avec référence à la période du changement de dentition)
Am. J. of Orthod., 1951, 4, p. 253-276.

KROMER K.
Exemples de régénération et de dégénération démontrant que les lois téléologiques s'observent aussi dant le massif dentaire.
Rev. Mens. Suisse Odont., 1946, 9, p. 860-873.

KRONFELD R.
(1927) Ztschr. Stom. (Wien), 25, 1099
(qualit. resorbab. calcif. tiss.)

KRONFELD R. et MUELLER E.
Un cas de résorption dentaire généralisée
Zstchr. Stomat., 1931, 29, 276.

KRONFELD R.
(1932) Dent. Cosmos, 74, 103
(condit. resorp. radic. infect. decid. dent.)

KRONFELS R.
(1936) Jl Amer. Dent. Assn., 23, 382
(migration prossive sulcus gingival).

KRONFELD R.
(1936) Jl. Dent. Res., 15, 429
(resorp. evol. dent. fract.)

KRONFELD R.
(1938) Jl. Amer. Dent. Assn. and Dent. Cosmos, 25, 1451 (Bibl. cement.)

KRONFELD R.
(1938) Jl Dent. Res., 17, 151
("coronal cementum & coronal resorption").

KRONFELD R. (P.E. BOYLE, edit.)
Histopathology of the Teeth and their Surrounding structures.
Kimpton, London, 1949.

KROON G.B.
(1954) Acta Anat., 21, i (signifi. Strait. bord. osteocl.)

KRUGER L. and MICHEL F.
(1962) Arch. Oral. Biol., 7, 491
(exper. localis, nucl. centr. trigem. stimuli peripher.)

KUHN A.
(1930) quot. BARATIERI.

KUHN A.
(1932) Dtsch. Mtschr. Zahnlk., 50, 1096 (retent. dent.)

KUHN A.
(1935) Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 38, 453 (retent. dent.)

LACOSTE A.
(1923) C.R. Soc. Biol. (Paris, 88, 704
(orig. osteocl.)

LACROIX P.
In Ciba Foundation Symposium on Bone Structure and Metabolism.
Churchill, London, 1956, P. 36 (bioch. ossif.)

LAMBERT A.
Avulsion des canines incluses.
P.O.S. n° 64 à 43, 1953.

LAMY M.
Précis de génétique médicale
Doin, Paris, 1952.

LANDAUER W. and ZONDEK B.
(1944) Amer. Jl. Path., 20, 179
(osteoscler. oestrogen).

LANGE G.
(1961) Zahnärztl. Welt, 16, 756.

LAROCHE G. et HOCHFELD M.
(1947) Rev. Rhumat. (Paris), 14, 69
(ostéolys. essent.)

LAROCHE M. (1947)
Rev. Stom. (Paris, 47, 552.

LARTSCHNEIDER J.
(1930) Ztschr. Stom., 28, 90 (pathog. dentiger. cyst.)

LAZORTHES G.
(1942) Bull. Acad. Méd. (Paris), 126, 511
(anat. & physiol. innerv. vascul. cervico-facial)

LAZORTHES G. in REIS R.
Thèse Méd. Toulouse, 1942
(anat. & physiol. innerv. vascul. cervico-facial).

LAZORTHES G.
Le système neurovasculaire ; étude anatomique, physiologique, pathologique et chirurgicale.
Masson, Paris, 1949.

LEBERT T. und ROTTENSTEIN J.B.
Untersuchungen über die Karies der Zähne.
Hirschfeld, Berlin, 1867.

LEBET G.
Variations des relations alvéolo-cémentaires.
Rev. mens. suisse Odonto., 1947, 55, 955.

LEBET M.
(1947) Rev. Mens. Suisse Odont., 57, 12, 995
(ankyl. apparent.)

LEBOURG L.
Signification des sutures osseuses céphaliques.
Infor. Dent., 1948, 15, p. 397-401.

LEBOURG L., BUREAU P. et DESCROZAILLES C.
Essai sur les retards de la deuxième dentition.
C.R. XIe Congrès franç., stomat. Paris, 1948, 165.

LEBOURG L., BUREAU P. et DELAIRE J.
Un cas de dysostose cléidocrânienne.
Rev. Stomat. (Paris), 1953, 54, 178.

LEICESTER H.M.
Biochemistry of the Teeth.
Mosby St Louis, 1949.

LECLERC G.
Dent de sagesse incluse dans le condyle mandibulaire.
Lyon chir., 1945, 40, 774.

LEFEBVRE J. et KOIFMAN A.
Etudes de l'apparition des points osseux secondaires et détermination de l'âge osseux.
Annales de Radio., 1962, 5-6, p. 1101-1105.

LEFKOWITZ W., BODECKER C.F. et NARDFIN D.F.
Culture d'organes adamantins privés de leurs follicules pulpaires.
J. Dent. Research, 1953, 32, p. 749-772.

LEGER L., DUCROQUET R. et LEGER H.
Maladies du squelette.
Masson, Paris, 1949.

LEGOUX P.
Détermination de l'âge dentaire de quelques fossiles de la lignée humaine.
Thèse Doctorat, Faculté Sciences, Paris, 1962 (publiée dans la Revue franç., d'odont. Stomat., 1962 à partir du n° 8).

LEGOUX P.
Détermination de l'âge dentaire des fossiles de la lignée humaine.
Maloine, édit., Paris, 1966, 1 vol.

LEHNER J. und PLENK H.
Die Zähne, in W.v. MOLLENDORFF : Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen, Abschnitt 10, Entwicklungsanomalien, p. 518/19, Bd. V/3, Berlin, 1936.
(resorp. dent. inclus.)

LEIMGRUBER C.
Le facteur de maturation.
Rev. Mens. Suisse Odont., 1950, 8, p. 763-784.

LEIST M.
(1927) Ztschr. Stom. 25, 765
(exper. resect. nerv. mandib.)

LEJEUNE J., TURPIN R. et GAUTHIER M.
Le mongolisme : ler exemple d'aberration autosomique humaine.
Ann. Génétique, 1959, 2, p. 41-49.

LEPOIVRE J.
Génétique et orthodontie.
Rev. Stomat., 1947, p. 604-615.

LEPOIVRE M.
Conceptions nouvelles apportées par la génétique au traitement des malformations dento-maxillo-faciales.
Rev. stomat., 1948, 10, p. 619-632.

LEPOIVRE M. et GARLOPEAU P.
La génétique en stomatologie.
Encycl. Méd.-chir., 1960, 22.012, A, p. 1-8 (stomatologie).

LEPP F.H.
(1938) Dtsch. Zahn. mund-u, Kieferhlk., 5, 29.

LEPP F.H.
(1949) Zahnärstl. Mitt., 14, 261.

LEPP F.H.
(1951) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 6, 1113.

LEPP F.H.
(1953) Wiss. Versamml. Dtsch. Zahnärztl. Vereign. (Hamburg).

LEPP F.H.
(1954) Schweiz. Zahnärztl. Kong. Bern.

LEPP F.H. und BERNING H.P.
(1956) Fortschr. Röntg. (Stuttgart), 85, 159.

LEPP F.H.
(1957) Ciencia y Cultura (Maracaibo), 2, 113.

LEPP F.H.
(1959) Jl. de Stomat. (Bruxelles), 1, 3.

LEPP F.H.
Résorption intra-dentaire progressive : une analyse d'un cas exceptionnel de résorption externe.
Cienc. y cultura, dans Dental Abstracts, fév. 1959, 4, n° 2, 32.

LEPP F.H. et BERNING H.P.
A propos du diagnostic différentiel radiologique de processus de résorption intra-dentaires progressifs dans les maxillaires.
Fortschr. Geb. Röntgenstr. août 1956, 85, n° 2, 159-174, 11 fig. (import. bibliogr.) (résumé français).

LEPP F.H.
(1960) Zahnärztl. Welt. Reform, 61, 245 (crit. rev. litter. resorp. adamant.)

LEPP F.H. y NARCISO L.A.
(1962) Gaceta Medica (Caracas), 70, 311
(resorp. adamant.)

LEPP F.H. y NARCISO L.A.
(1963) Venezuela odont., 27, 966
(resorp. adamant.)

LEPP F.H. y NARCISO L.A.
(1963) Médecine et hygiène (Genève), 21, 870
(resorp. adamant.)

LERICHE R. et POLICARD A.
(1918) C.R. Acad. Sc. (Paris), 157, 402
(mécan. rarefact. oss.)

LERICHE R. et POLICARD A.
Physiologie normale et pathologique de l'os.
Masson, Paris, 1926
(concept. vaso-motr. resorp. oss. documentation).

LERICHE R.
(1924) Rev. Chir., 59, 579
(reflex. axone traumat. periph.)

LERICHE R. et FONTAINE R.
(1929) Lyon chirurg., 26, nº 3
(physiol. & pathol. vaso-motr. periph.)

LERICHE R.
Physiologie et pathologie du tissu osseux.
Masson, Paris, 1939.

LERICHE R.
Bases de la chirurgie physiologique.
Masson, Paris, 1953.

LETTERER E.
Allgemeine Pathologie, Stuttgart, 1959.

LETTERER E.
Person. communic. 1962.

LEVI L.
Vue générale sur l'endocrinologie après 25 ans de pratique. Martial, Paris, 1929
(theor. decalc. dent. int.)

LEWIS E.
(1949) Proc. Roy. Soc. Med., 41, 764
(osteopetr.)

LEWIS W.H.
(1939) Arch. exper. Zellforsch., 23, 1
(dynam. locom. cellul. fiflam.)

LEWIS S.
Relation of fonction to growth and development of the lower half of the face (Relation entre fonction, croissance et développement de la moitié inférieure de la face).
Am. J. of Orthod. and Oral Surg., 1938, 1, p. 9.)

L'HIRONDEL P.
(1937) Rev. Stom/(Paris), 38, 289.

LINDEMANN E.
(1939) Dtsch. Zahn. Mund-u. Kieferhlk., V 5
(fract. radic. consolid.)

LINDEMANN P.
(1939) Dtsch. Zahn-, Mund-u. Kieferhlk, 6, n° 5
(resorp. & consolid. dent. fact.)

LINSEY E.W.
(1944) Jl. Oral Surg., 2, 369 (ostéopetr.)

LOE H. and WAERHAUG J.
(1961) Arch. Oral Biol., 3, 176
(expert. dent. reimplant.)

LOGAN Russel W.
Quelques observations sur le développement de l'alvéole humain.
Dent. Record, 1949, 5, p. 129-133.

LOGAN W.H.G. et KRONFELD R.
Development of the human Jaws and Surrounding structures from Brith to the Age of fiteen years.
J. Amer. Dent. Ass., 1933, 20, n° 3, 379-427.

LOHNERT K.
(1936) Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 48, 1140
(resorp. intra-dent. centr. double).

LOOS O. und GABRIEL G.
Die Röntgendiagnostik und Therapie in der Zahnheilkunde
Leipzig, 1931.

LORENTZ R.
Les résorptions radiculaires des incisives définitives par des canines incluses.
Deutsche zahn. Zschr., 1er déc., 1956, 11, n° 23, 1401-1402.

LORF H.
Med. Dissert. Köln, 1956.
(resorp. dent. inclus.).

LOWENTHAL.
Etude sur le développement et l'ossification du maxillaire inférieur chez l'homme.
Maloine, Paris, 1923.

LUCCHESE F.P.
(1961) Mondo odontostom, 1, 76.

LUND A.P. and ARMSTRONG W.D.
(1942) Jl. Dent. Res., 21, 523.
(defic. Ca & Vit. D).

LUNDQUIST G.R.
(1937) Jl. Amer? Dent. Assn., 24, 1577
(occl. traumat.)

McCALL J.O. and WALD S.S.
Clinical Dental Boetgenology.
Saunders, Philadelphia, 1947.

Mc DONALD.
Pedodontics, Mosby ed., 1963, St Louis.

Mc EVEN W.
The growth of Bone. Maclehose, Glasgow, 1912
(oestrogen. independ. fact. mecan.)

McLEAN F.C. and BLOOM W.
(1942) Arch. Path., 32, 315
(Hyperparathyr. exp.)

McLEAN F.C. and URIST M.R.
(1955) Bone, an introduction to the Physiology of skeletal tissue. Univ. of Chicago Press, Chicago, 1955 and ed. 2, 1961
(orig. osteocl. & process. osteocl.)

MAC LUNDIE A.C.
Report of a Case of Pink Spot.
Dent. Practitionner and Dent. Rec., 1964, 15, n° 3, 104-107.

McMILLAN R.S. and KASHGARIAN M.
(1961) Jl. Amer. Dent. Assn., 63, 368
(dent. anomal. mongolism.)

Mc NEIL J.C.
(1930) Brit. Dent. Jl. 51, n° 17
(ankyl. osteo-dent.)

MAGITOT et ROBIN
Notes sur le développement des mâchoires chez l'homme et chez les mammifères avant l'apparition des follicules dentaires.
Mémoires, Sté Biologie, 1959, 1, p. 212.

MAHE G.
Carie dentaire
In Encycl. Méd.-Chir. (Paris), Stom. I, fasc. 22018-23 (theor. decalc. dent. int.)

MAJ G. et MUZJ E.
Observations sur les corrélations topographiques entre les différentes parties du squelette cranio-facial pendant la croissance sur les sujets normaux et avec anomalies dento-faciales.
L'Ortho- franç., 1952, 23, p. 302.

MALASSEZ M.L.
(1885) Arch. Physiol. (Paris), 5, 379
(elem. epithel. periradic.)

MALASSEZ L.
(1885) C.R. Soc. de Biol. (Paris), p. 87
(pathog. cyst. dentigr.)

MALASSEZ L.
Sur la structure du gubernaculum dentis et la théorie paradentaire.
Rev. Odont., 1888, 3, p. 137-141.

MALASSEZ L. et GALIPPE J.
Les débris épithéliaux paradentaires.
Masson, Paris, 1910.

MALIZARD A.
Signes téléradiographiques de la dysharmonie dento-maxillaire.
Thèse, Paris, 1961.

MANISALI Y.
Internal Dental Resorption. Histologie Investigations.
J. of the Dent. Faculty of Istamboul, 1968, 2, n° 1, 5-27. Manson-Hing L.R. Cité d'après MAC LUNDIE, 1964.

MANLEY E.B.
(1945) Brit. Dent. Jl., 59, 275
(cyst. epithel. intra-pulp.)

MANSON-HING L.R.
(1960) Oral Surg. Oral Med. and Oral Path., 13, 1067
("Roentgen-Oddities" : observ. anomalies radiol.)

MARIANI M.
L'étiologie du granulome interne de Schweitzer. Rev. Stomat., févr.-mars 1948, 49, n° 2-3, 107-108.

MARONNEAUD P.L.
L'ossification des formations cartilagineuses du premier arc brachial chez l'homme.
Rev. Odont.-Stomat., 1948, 1, p. 11-22 ; 1941, 2, p. 42-57 ; 1950, 1, p. 2-11, 1950, 2, p. 42-72.

MARONNEAUD P.L.
(1946) Sem. Dent. (Paris), 28, 13 oct. 1946.

MARONNEAUD P.L.
L'ossification des formations cartilagineuses du 1er arc branchial.
Rev. Odont. Stomat., Bordeaux, 1948, 5, p. 42-57.

MARONNEAUD P.L.
(1954) Cahiers odonto-stomat. (Marseille), 4, 17,
(pulpit. chron. assympt.)

MARONNEAUD P.L.
L'adversité embryologique et odontogénique de la dent de sagesse.
J. Stomat. Marseille, 1959, 3, p. 91-98.

MARONNEAUD P.L.
Embryologie de la mandibule
E.M.C. stomat., 1960, 22009, A. 50, p. 1-2.

MARSHALL J.A.
(1934) Int. Jl. Orthod., 20, 731
(étiol. gener. resorp. radic.)

MARSHALL J.A.
(1935) Jl. Amer. Dent. Assn., 22, 1545
(resorp. radic. physiol. & occl. traumat.)

MARTHALER Ed.
(1918) Med. Dissert. Zürich
(resorpt. dent. dermoid. ovar.)

MASSLER M. et MALONE A.J.
Résorption radiculaire dans les dents humaines permanentes
Am. J. Orthod., août 1954, 40, n° 8, 619-633 (bibliogr.)

MASSLER M. et PERREAULT G.
Résorption des racines des dents permanentes chez les jeunes adultes.
J. Ass. Dent. Canad., 1955, 21, 323.

MASSON P.
Tumeurs humaines. Ed. 2, Maloine, Paris, 1956.

MATSUMIYA S., KONDO S., TAKUMA S., SUZUKI A. and OSAWA Y.
Atlas of oral pathology.
Tokyo Dent. Coll. Press, Tokyo, 1955
(occl. traumat.)

MATUSZKIEWICZ J.A.
Case of Internal resorption of a tooth misdiagnosed in an initial stage.
Czas. stomat. (Varsovie) févr. 1966, 19, n° 2, 173-177.

MAXIHOV A. and BLOOM W.
Histology, ed. 6, Saunders, Philad. London, 1953.

MAYRHOFER B.
Neuralgien, in Chirurgie der dentalen Mund- und Kieferkrankheiten, Abschnitt 4, p. 83, Stuttgart, 1930
(res. dent. inclus.)

MEAD S.V.
(1930) Intern. Jl. Orthod., 16, 886
(incis. inclus. dent. permanent.)

MECKEL J.F.
Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Zahne. (Histoire du développement des dents humaines) Arch. für die Physiologie, Malle und Berlin, 1817, 3, p. 555.

MECKEL J.F.
Handbuch der menschlicken Anatomie. (Manuel d'anatomie humaine). IV. Band. Eingeweide. Lehre und Geschichte des Foetus. Malle, Berlin, 1820.

MEECKER D.R. and KESTEN H.D.
(1936) Jl. Biol. Chem., 113, 289
(bioch. calcif. pathol.)

MENG B.
Contribution à l'étude de la date normale d'évolution des dents permanentes.
Thèse, Paris, 1955.

MENKIN V.
The Biological Mechanism of inflammation.
Thomas, Spring, field, 1956
(variat. pH inflamm.)

MELLANBY M.
Diet and the teeth, an experimental study. London, His Majesty's Station. Office, 1934
(defic. nutr. & vitam. D).

MERIEL P. et BLUN C.
(1957) Sem. Hôpit. Paris, 4, p. 134
(correlat. clinico-billog. inflamm. : phlobogramme).

MERLE-BERAL J.
Contribution à l'étude de l'extraction des canines incluses en position palatine.
Rev. Stomat., 1953, 42, 522.

MERLE-BERAL J. et VINCENT J.
Implantations dentaires et greffes ou inclusions-supports de dents artificielles. Rapport XIIIe Congrès franç. Stomat., 5-10 oct. 1953, Masson, édit. Paris, 1953.

MEYER W.
(1951) Paradentium, 3, 48.

MEYER W.
Histologie et développement normaux des dents humaines.
Hanser, edit., Munich, 1951.

MEYER W. in HAUPL-MEYER-SCHUCHARDT.
Die Zahn-, Mund-und Kieferheilkunde, Bd. I, Urban und Schwarzenberg, München/ Berlin, 1958
(pathog. cyst. dentiger. & resorp. dent. inclus.)

MEZL Z.
(1936) Ceskost. Stomat., 36, 2.

MICHAOL S.
Tératomeekystique orbitaire géant avec inclusion dentaire.
Arch. Ophtal. (Paris), 1961, 21, 675.

MIDDLEBURGH H.
Hyperthyroïdisme et éruption précoce des dents.
Brit. Dent. J., 1939, 66, 294.

MILES A.E.W.
(1947) Brit. Dent. Jl., 82, 187
(resorp. evol. dent. fract.).

MILLER B.G.
(1957) Jl. Dent. Res., 36, 669
'exper. resect. nerv. mandib. & gangl. cervic. sympath.)

MILLER W.D.
(1901) Dental Cosmos, 43, 982
(resorp. dent. inclus.)

MILLER W.D.
(1905) Dental Cosmos, 47, 1153
(resorp. dent. dermoïd. ovar.)

MONTALDO G.
Compendio di anatomia patologica dell'organi dentale
Ed. Cortina, Pavia, 1961.

MONTEIL M.
La mise en place des incisives et canines incluses par appareils amovibles.
Orthodontie franç., 1959, 30.

MONTE MERRILL O.
Multiple Internal Resorption : a case study.

Dental Digest, 1966, 72, nº 9, 408-412.

MONTFORT C.
Estudios recientes en odontogenesis. (Etudes récentes en odontogénèse).
Revista Esp. de Stomat., 1953, 3, p. 185-215.

MORAL H. and HOSEMANN G.
(1919) Anat. Hefte, 57, 203
(exper. sect.)

MORAL H. in PARTSCH-BRUN-KANTOROWICZ
Handbuch der Zahnheilkunde, t. 2, München, 1925.

MORAL H.
(1933) Fortschr. Zahnlk., 9, 135.

MORNINGSTAR C.H.
(1937) Jl. Amer. Dent. Assn., 24, 786
(infection dent. decid. influenc. germ. dent. perman.)

MORSE A. and GREEP R.O.
(1960) Arch. Oral Biol., 2, 38
(osteocl. "ia rats").

MUELLER E. and RONY H.R.
(1930) Jl. Amer. Dent. Assn., 17, 326
(resorp. dent. péripher. multipl.)

MUELLER E.
(1931) Jl. Amer. Dent. Assn., 18, 684
(resorp. dent. peripher. multipl.)

MÜHLEMANN H.R.
(1953) Oster. Ztschr. Stomat., 50, 101
(periodontometr.)

MÜHLEMANN H.R.
(1954) Jl. Periodontol., 25, 22
(periodontometr.)

MUGNIER A.
Embryologie et développement Bucco-facial,
Masson, Prélat, 1964.

MULLER.
Les dents incluses.
Orthodontie franç., 1946, 17.

MULLER O.
(1941) Schweiz. Mtschr. Zahnhlk., 51, 359.

MULLER O.
Pathohistologie der Zahne.
Basel, 1948.

MUMMERY
Brit. Dent. Journal, 1920, 301 et 1926, 801.

MUNCH J.
(1937) Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferhelk., 4, 424 (resorp. intradent. centr. double).

MYERS H., NASSIMBENELL and ALLEY G.
(1954) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 7, 1116 (exper. dent. implant.)

NAUJOKS R.
Le radiodiagnostic des résorptions intra-dentaires.
Zahnarztl. Rundschau, 5 août 1953, n° 15, 414-417, 10 fig. (bibliogr.)

NAUJOKS R.
(1953) Zahnärztl. Rdsch. (Berlin), 62, 414.

NEEDHAM F.R.S.
Biochemistry and morphogenesis. (Biochimie et Morphologénèse).
Cambridge University Press, 1950.

NEGUS S.V.
The function of the paranasal sinuses. (Fonction des sinus paranasaux).
A.M.A. Arch. of Otolaryng., 1957, 4, p. 430-442.

NEIVERT H.
Rhinologie factors involved in the development of the lower half of the face. (Facteurs rhinologiques impliqués dans le développement de la moitié inférieure de la face).
Am. J. of Orthod. and Oral Surg., 1938, 1, p. 18-26.

HENNINGER H.
Ueber den Abbau der Milchzahnwurzel.
Zahnärztl. Welt, 10 sept. 1966, 67, n° 17, 596-600.

NESS A.R.
(1954) Jl. Physiol., 126, 475
(exper. recept. nerv. mecan. incis.)

NETTER J.C. et BOUVET J.M.
Dents de sagesse et dysharmonie dento-maxillaire.
Rev. Stomat. (Paris), 1964, 63, 759.

NEUMAN W.F. and NEUMAN M.W.
The Chemical dynamics of bone Mineral.
University of Chicago Press, Chicago, 1958
(prod. citrate. in process. osteoclas.)

NEUMAN W.F.
In Bone as a tissue. Mc Graw Holl Book C°, New York,
1960, p. 103 (bioch. ossif.)

NICOD P.
(1946) Schweiz. med. Wschr., 76, 59
(osteolys. essent.)

NICOLAS G.
Embryopathies et système dentaire.
Rev. Mens. Suisse Odont., 1950, 8, p. 823-824.

NICOLLE Ch.
L'expérimentation en médecine. Alcan Paris, 1934
(fixat. local. infect. hematog.)

NOYES F.B.
(1932) Angle Orthod., 2, 77 ("submerging" decid. molars.)

NYGAERD-OSTVY B.
(1951) Norske tandlaegef. Tid. 96.

OMEYER R.X.
Desinclusion orthodontique des canines palatines.
Rev. odont., 1950, 72, 117.

O'MEYER R.X.
Pouvons-nous estimer la croissance faciale.
L'Orthod. Franç., 1957, 28, p. 291-299.

O'MEYER R.X.
Désinclusion chirurgico-orthodontique des canines
incluses.
Orthodontie franç., 1950, 21.

O'MEYER R.
Canines incluses.
P.O.S., 967 et 968, 1950.

OZELLO L., BRAVO A. et TORINO V.
Connaissances actuelles sur l'action réciproque des diverses parties de l'embryon durant les premières périodes de développement.
Minerva med. Ital., 1948, 47, p. 573-576.

ONDA S.
Anatomical studies on the position, the arrangement and the calcification of the deciduous tooth germ in the japanese embryo. (Etudes anatomiques sur la position, l'arrangement et la calcification des germes dentaires définitifs chez l'embryon japonais).
Dental Abstracts, 1960, 7, p. 392.

OPPENHEIM A.
Constatations histologiques au cours du passage à la deuxième dentition.
Zschr. Stomat., 1922, 20, 543.

OPPENHEIM A.
(1930) Int. Jl. Orthod., 16, 535
(resorp. microsc. orthod.)

OPPENHEIM A.
(1944) Aler? Jl. Orthod. and Oral Surg., 30, 277 and 345
(physiol. forces orthod.)

ORBAN B.
(1928) Jl. Amer. Dent. Assn., 15, 2090
(occl. traumat.)

ORBAN B.
Résorption et séparation sur la surface d'une racine
Dent. Ass., 1928, 15, 1768.

ORBAN B. and MUELLER E.
(1929) Jl. Amer. Dent. Assn., 16, 1206
(develop. sulcus gingival - évolution épithel. attachm.)

ORBAN B.
(1937) Ztschr. Stom. (Wien), 35, 532
(format. cartilage péri-odont. in occl. traumat.)

ORBAN B.
Oral histology and embryology, ed. 1 (1944), ed. 4 1957. Mosby, St Louis.

ORBAN B.
Oral histology and embryology, ed. 2 Mosby, St Louis, 1949, pp. 41-42
(involut. lam. dent.)

ORBAN B.
The epithelial network in the periodontal membrane .
(Le réseau épithélial dans la membrane épriodontique)
J. Am. Dent. Ass., 1952, 6, p. 632-635.

ORBAN S. et SICHER H.
Oral histology and embryology. 5e éd.
Mosby et C°, St Louis, 1962.

PAGET J.
(1873) Lancet, 2, 511
(fact? neurol. "atrophie" oss.)

PALATELLA G.
(1961) La Stomatologia (Roma), 12, 401.

PALATELLA G.
Un cas de granulome interne de la pulpe dentaire (contribution clinico-histologiques).
Ann. di stomat., juil. 1961, n° 7, 675-683, 5 fig. (bibliogr.) (résumé français).

PALAZZI S.
(1921) La Stomatologia, 12; 401.

PALAZZI S.
Trattato di Odontologia, ed. 4, vol. 1. Hoepli, Milano 1950-1951.

PALAZZI S.
Manuale di clinica odontoiatriaca. Hoepli, Milano, 1953.

PALAZZI S.
Formation et développement de la circulation sanguine dans l'odontogénèse.
Cahiers Odont.-Stomat., 1951., 1, p. 35-58.

PALAZZI S.
Sur la minéralisation et reminéralisation de la dentine.

Bull. Group. Int. Sc. Stom., 1966, 9, nº 3, 257-266.

PALUTEAU M.
Etude analytique, synthétique et critique des différents facteurs des résorptions dentaires.
Inform. Dent., 19 déc., 1963, 45, nº 51, 4443-4445.

PARANT M.
Morphologie de la lame dentaire jusqu'au 3e mois de la vie intra-utérine.
Actua. Odont. stomat., nº 9, 1950, p. 7-25.

PARANT M.
Petite chirurgie de la bouche.
5e éd., Paris, 1963, Expansion scient. franç., éd.

PARANT M.
Rapports du nerf dentaire inférieur et de la dent de sagesse.
Pratique Odonto-stomat. Genève, 1959, F, 1212.

PARFITT G.J.
Variation in the age of shedding of deciduous and eruption of permanent teeth. (Variation de l'âge de la perte des dents temporaires et de l'éruption des dents permanentes).
Dent. Record., 1954, 9, p. 279-284.

PARRET J.
Granulome intra-dentaire.
Rev. Odont. Stomat. max., fac., avr. 1949, 5, nº 4, 113-118, 8 fig.

PATTEN.
Human embryology (Embryologie humaine).
Blakiston et Cº, Toronto, 1946.

PAYEN J. et FURTADO A.S.
Quelques observations de résorption dentaire, au niveau des dents incluses.
Rev. Stomat., Paris, 1964, 65, 361.

PEDERSEN P.O. and MOESGAARD K.
(1940) Tandlaegebl. (Copenhague), 44, 331.
(incid. inclus. dent. permanent.)

PECKERT H.
(1909) Korresp.-Bl. Zahnärzte (Berlin), 38, 172
(resorp. dent. inclus.)

PELLEGRINI Y.
(1960) C.R. Soc. Stom. Lyon, 14-3-1960, p. 221
(resorp. dent. multipl. & troubl. assoc. phaner. post-trauma. abdomen.)

PELLEGRINI Y.
A propos de rhizalyses pathologiques.
Ann. odonto-stomat., sept. oct. 1960, 17, n° 5, 221-228, 6 fig.

PERI G.
Thèse Alger, 1961, n° 32
(ankyl. Paget).

PERI G.
Rhizalyses de dents de 12 ans inférieures par la dent de sagesse.
Rev. Stomat., juin 1966, 67, n° 6, 327-329.

PERRIN Y.A.
Contribution à l'étude du développement des fosses nasales.
Thèse, Lille, 1908.

PETER K.
La participation des appendices faciaux à la formation du palais primitif.
Anat. Anz. Dischr., 1949, 4-6, p. 111-116.

PEYRUS J.
Trois observations de rhizalyse de dents permanentes.
Rev. Stomat., 1934, 36, 804.

PFAEFFLI R.
(1947) Rev. Mens. Suisse Odont., 57, 665
(reimplant. dent.)

PHEMISTER D.B.
(1930) Jl. Bone and Joint Surg., 12, 769
(resorp. oss. fract.)

PICHLER H.
Lehrbuch der Kavitätenpräparation
Berlin, 1929 (étiol.)

PICHLER H.
Das Füllen der Zähne
Wien, 1948 (étiol.)

PIGOT F.
Recherche sur la croissance de la mandibule foetale.
Thèse, Paris, 1960.

PINBORG J.J. and HANSEN H.
(1951) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 4, 661.
(dent. réimplant.).

PINON J.
Contribution à l'analyse des actions musculaires sur le système dentaire.
Thèse, Paris, 1961.

PIPONNET A. et TOUYON J.
A propos de trois cas de rhizalyse latérale.
Ann. odonto-stomat., sept-oct., 1956, 13, n° 5,205-214.

PLARHNER C.R.
(1953) Dtsch. Zahn., Mund-u. Kieferhlk., 17, 2.

PLATHNER C.R.
(1955) Dtsch. Zahn, Mund-u. Kieferhlk., 22, 7.

PLATHNER C.H.
Le problème du granulome interne chez l'enfant.
Deutsch zahn. Zschr., 1er fév., 1961, n° 6, n° 3, 303-306, 7 fig.

POLONOWSKI M. et CARTIER P.
(1951) C.R. Acad. Sc. (Paris), 232, 119.
(bioch. ossif.).

POMMER G.
(1881) S.B. Akad. Wiss (Wien), 83, 17.
(histor. : resopp. Lacun.).

POMMER G.
(1882) Arch. klin. Chir., 5, 2.

POMMER G.
(1883) Virchows Arch. Path. Anat. u. Physiol., 92,296, 449 (variat. resorbab. oss & degr. calcif.).

POMMER G.
(1925)Zischr. ges. Anat., 75, 382.
(mecan. osteocl.)

PONT A.
(1902) Odontol. (Paris) 28, 261.

PONT A.
Hérédité et malformations dento-maxillaires.
L'Ortho., Franç., 1929, p. 176 à 191.

PONT A.
L'influence et importance de l'hérédité dans les malformations dento-maxillaires.
VIIe Congrès Stomat., 1932, p. 144 à 173.

PONT A.
L'hérédité dans les malpositions dento-maxillaires.
L'Ortho. Française, 1933, p. 121 à 135.

PRAEGER W.
(1937) Dtsch. zahnärztl. Wschr., 35, 798.

PRITCHARD G.B.
(1931) Proc. Roy. Soc. Med., 24, 1600.

PRITCHARD G.B.
(1937) Brit. Dent. Jl, 63, 13.
(ankyl. osteo-radic.)

PRITZ W.
(1962) Rep. VIe Réun. G.I.R.S. (Wien)
(epithél. format. intrapulp.).

PROETZ A.W.
Physics and physiology of sinuses. (Physique et physiologie des sinus).
Acta Oto-Laryngol., 1934, p. 963-973.

PUCCI F.M. y REIG R.
Conductos radiculares.
(Anat. Patol. Terapia) Montevideo y Buenos Aires, 1944-45.

QUEGUINIER M.
(1948) Discuss. XIe Congr. Franç. Stomat. Prélat, Paris 1948.

"Quintessenz", Heft 5,mai 1960, p. 41.
(diagn. & therap.)

QUINTARELLI G. and CHAUNCEY H.H.
(1959) Oral Surg., 12, 1257.
(expert. excision/attrition encephal.).

RAAB H.
(1941) Ztschr. Stom. (Wien), 14, 540.

RABINOVITCH B.Z.
La résorption interne (en pathologie buccale).
Oral Surg., Fév. 1957, 10, n° 2, 193-206, 9 fig. (bibl;)

RAVAULT P., SCHOTT B., LEJEUNE E. et ALEX R.
(1959) Rev. Lyonn. méd. (Lyon), 8, 1037.
(osteo-arthropath. neurogen.).

RAYNAL T., DESCLAUX P., SOULEIRAC A. et GENIN A.
Anomalies bucco-dentaires étudiées comparativement chez un groupe d'enfants normaux et chez un groupe d'enfants arriérés psycho-moteurs.
Rev. Stomat. , oct. 1952, 53, n° 10, 839-843.

REBEL H.H.
(1920) Dtsch. Mtschr. Zahnhlk., 11, 481.

REBEL H.H. in KANTOROWICZ.
Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkünde, t. 3, Leipzig-Berlin, 1931.

REBEL H.H.
Grundlagen und Problemender Hlinischen Zahnhéilkunde
München 1954.

RECHMANN.
Développement du germe dentaire et processus de résorp. tion des molaires de lait.
Das. deutsch. Zahnärztleblatt, 1956, 4, p. 120-129.

RECKLINGHAUSEN F. VON.
Untersuchugen über Rachitis und Osteomalacie.
Fischer, Jena, 1910 (Process. "onkose").

RECORDIER A.M., MOUREN H. et SERRATRICE G.
Les ostéo-arthropathies nerveuses.
L'expansion scient. franç., Paris, 1961.

REDIER J.
Note sur le non-existence du cordon folliculaire
Rev. Stomat., 1909, 3, p. 97-99.

REEVE C.M. and WENTZ F.M.
(1962) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 15, 785.
(distrib. & evolut. rest. epithel. paradent).

REIGNIER J.F.
Thèse, Paris, 1940.
(osteoporos. alg. post-traumat.)

REILLY J.
(1954) Médecine et Hygiène (Genève), 273, 351.
(role irrit. neuroveget. in pathol.).

REILLY J. et FOURNIER P.
(1954) Bull. Soc. Médic. Hôp. Paris, 70; 465.
(role irrit. neuroveget. in syndr. malign.).

REILLY J. et LAPLANE R.
in Encycl. Méd. Chir. (Paris), système végétatif.
(rôle syst. vegt. & infections).

REITAN K.
(1960) Amer. Jl, Orthod., 46, 881.
(chang. tiss. in orthod.).

RETTERER E.
(1917) C.R. Soc. Biol. (Paris), 80, 267.
(osteocl. orig. osteocyt.).

RICHANY S.F., BAST T.M. et ANSON B.J.
The development of the first branchial arch in man and the fate of the Meckale's cartilage. (Le développement du premier arc branchial chez l'homme et le destin du cartilage de Meckel).
Quarterly Bull. North. Univer. Med. School, Chicago, 1956, 30, p. 331.

RITCHTER H.
(1936) Zahnärztl. Rdsch. (Berlin), 20, 870.

RIES CENTENO G.A.
(1944) Jl, Oral Surg., 2, 44.
(pathol. cyst. dentiger.).

RIES CENTENO G.A.
Cirugia bucal. El Ateneo, édit., Buenos Aires, 1957.

RIGAL P. et VIGNAL G.
(1881) Arch. Physiol., 13, 579 (process. osteolys in

fractures).

RIGDON R.H.
(1940) Arch. Surg., 41, 879.
(fixat. bacter. anachor.).

RITTERSHOFER L.F.
A study of dimensional changes during growth and development of the face. Etude des changements de dimension pendant la croissance et le développement de la face).
Int. J. of Ortho. and oral Surg., 1937, 5, p. 462 à 481.

RINDFLEISCH E.
Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre, etc.
Leipzig, 1873.

ROBIN Ch.
(1864) Jl. Anat. (Paris), 1, 88.
(histor. 1 descrip. "myelo-laxes".).

ROBINSON H.B.G. and BOLING L.R.
(1941) Jl. Amer. Dent. Assn. 28, 268.
(exper. fixat. bacter. apachor. intrapul.).

ROBINSON H.B.G.
(1945) Amer. Jl. Orthod. and Oral Surg., 31, 370.
(classif. cyst. odontogen.).

ROBINSON H.B.G.
(1949) Jl Amer. Dent. Assn., 39, 51.
Metabol. miner. et caries).

ROBINSON R.A. and CAMERON D.A.
(1956) Jl Biophys., Biochem and Cytol., 2, 253.
(bioch. ossif.).

ROBINSON R.
(1923) Biochem? Jl, 17, 286. (bioch. ossif).

ROBINSON R.A. and ELLIOT S.R.
(1957) Jl Bone and Joint Surg., 39 A, 167.
(bioch. ossif.).

ROBINSON R.A. :
in Bone as a Tissue. Mc GRAW HILL BOOK Cº., New York, 1960, p. 186 (bioch. ossif.).

ROCCIA B.
(1942) La Stomatologia (Roma), 6, 309.

ROCHETTE M.
Pratique chirurgicale bucco-dentaire et maxillo-faciale. Louis Jean.

ROCHETTE M.
Incident rare au cours de l'extraction d'une prémolaire mandibulaire incluse.
Inform. dent. (Paris), 1955, 37, 459.

RODRIGUES E.J.
The birth of a tooth. (La naissance d'une dent).
Contact. Point., 1949, 7, p. 199-203.

ROMER O.
Pathologie der Zähne, in HENKE und LUBARSCH : Handbuch der speziellen pathologischen anatomie und Histologie Bd. IV/2. Berlin, 1928.

ROMER O.
(1934) Schweiz, Mtschr. Zahnhlk., 44, 607.
(resorp. dent. inclus.).

ROSE C.
(1893) Anat. Anz., 8, 83. (resorp. dent. inclus. & ankyl., 8, 86 (role separat. épithel.).

ROSENTHAL H.B.
(1936) Dent. Htems Int., 58, 826.

ROST M.
(1962) Dtsch. zanhärztl. Ztschr., 17, 1513.
(cyst. epithel. intra-pulp.).

ROTTER W. und LAPP H.
Entzündungen in HAULP-MEYER-SCHUCHARDT : Zahn-, Mund-u Kieferheilkunde, Bd. 1, Urban und Schwarzenberg, München-Berlin, 1958 (Process. inflam. stomatol.).

ROUDIL G.
quot. LEGER et al.

ROUEL M.
Un cas d'inclusion de la première molaire permanente inférieure et plusieurs cas de rétention des deuxième

et troisième molaires inférieures.
Rev. Stomat. (Paris), 1953, 54, 973.

ROUSSEAU DECELLE L.
(1919) Rev. max.-faciale (Paris,) 12 (
(reflex. trigemin.).

ROY .
(1924) Odont. (Paris) 62, 439.
(parhol. cyst. dentiger.).

RIU, LEDEN et GOURLADVEN.
Contribution à l'étude des sinus paranasaux.
Rev. Lar. Oto-Rhino, 1960, 1-2, p. 796-839.

RUBRECHT O.
Les variations maxillo-faciales sagittales et l'hérédité. L'Ortho Française, 1930, p. 1 à 93.
L'Ortho. Française, 1932, 8, p. 88-93.

RUSHTON M.A.
(1938) Dent. Rec., 58, 611 (Paget).

RUSTHON M.A.
Résorption de dentine réparée par la dentine.
Proc. Roy. Soc. Med., aout 1952, 45, n° 2, 525-526.

RUSTHON M.A.
Anomalies de la dentine humaine.
Ann. Roy. Coll. Surgeons England. Fév. 1955, 16, 94-117.

RUSHTON M.A.
(1956) Brit. Dent. Jl, 100, 299.
(reparat. Dent. in resorption.).

RUSHTON MA. and COOKE B.E.D.
Oral Histopathology. Edinburg-London 1963.
(resorp. dent. inclus.-pathog. cyst. dentiger.)

RUTISHAUSER E. et HELD A.J.
(1935) Rev. Mens. Suisse odont., 35, 2.
(resorp. local. alveol. in exper. animal. reduct. progress. parathorm.).

RYGGE J.
(1923) NORSKE TANDLAEG. TId., 33, n° 5.

SACHS W . in SCHEFF-PICHLER.
Handbuch der Zahnheilkunde, t. 2, ed. 4, Wien-Berlin, 1924.

SAENZ DE LA CALZADA I.
(1949) Ann. esp. odontoestom., 8, 964.

SAENZ DE LA CALZADA L.
Contribution à l'étude de la calcification dentaire dans la vie intra-utérine.
Anales Espanoles de Odont.Estomat., 1952, 16, p. 463-491.

SALEMBIER Y. et SOLEIL J.
Avitaminoses et embryogénèse du canal nasopalatin.
L'Ortho. Française, 1954, 25, p. 189-197.

SALTER J.
Dental Pathology and Surgery, 1874, p. 79.

SANDSTEDT C.
(1904-1905) Nord. tand. Tidskr., 1904, n° 4 and 1905, n°1. (resorp. microsc. orthod.).

SAUERWEIN E.
"Granulome interne" dans une canine disloquée.
Deutsche Zahn-Mund-u Kieferh., 1952, 17, n° 34, 128-143, 17 fig.

SAUERWEIN E.
(1955) Dtsch. Zahn-, Mund-u. Kieferhlk., 22, 128.
(reparat. dentin. in resorption).

SCARFF R.W. and WALKER D.G.
(1948) Proc. Roy. sce. med. (London), 41, 485.
(inflamm. in fibr. dysplas.).

SCHEFF J.
Svheffe Handbuch der Zahnheilkunde. Bd. kl. Hölder, Wien, 1891. (role separ. epithel. d. inclus.).

SCHEFF J.
Handbuch der Zahnheilkunde, Abschnitt 3, Bd? 1 ed. 4, p. 610. Berlin-Wien, 1922.
(resorp. & ankyl. dent. inclus.).

SCHELING.
quot. SCHWEITZER.

SCHINZ H.R., BAENSCH W.E., FRIEDL E. und UHLINGER E.
Lehrbuch der Rötgendiagnostik. Stuttgart, 1952.

SCHLESINGER A.
Une nouvelle technique pour localiser les dents incluses.
Rev. Stomat. (Paris), 1957, 58, 434.

SCHMIDT Q.J. und KEIL A.
Die gesunden und die erkrankten Zahngewerbe des Menschen und der Wirbeltiere im polarisationsmikroskop.
Hanser, München, 1958
(resorp. adamant. & ankyl. dent. inclus.)

SCHÖNBAUER F.
Débris de dents de lait intra-osseux ankylosés chez des individus âgés.
Zschr. Stomat., 1931, 29, 892.

SCHÖNBAUER F.
(1935) Ztschr. Stom., 33, 589
(rôle separat. epithel.)

SCHÖNBAUER F.
(1937) Ztschr. Stom., 35, 892
(ankyl. fragm. radic. decid.)

SCHOUBOE T. and Mc DONALD J.B.
(1962) Arch. Oral Biol., 7, 525
(vitalit. microorg. persist. dentin.)

SCHOUR I., TWEEDY W.R. and Mc JUNKIN F.A.
(1934) Amer. Jl. Path., 10, 321
(act. parathyr. tiss. calcif. dent. & oss.)

SCHOUR I., CHANDLER S.B. and TWEEDY W.R.
(1937) Amer. Jl. Path., 13, 945
(parathyroid).

SCHOUR I.
Jl. Amer. Med. Assn., 110, 870
(metab. Ca & dent.)

SCHOUR I., HOFFMANN M.M. and SMITH N.C.
(1941) Amer. Jl. Path., 17, 529
(defic. vitam. A).

SCHOUR I. et MASSLER.
The development of the human dentition. (Le développement de la dentition humaine).
J. Am. Dent. Ass., 1941, 7, p. 1153-1160.

SCHOUR, HOFFMANN, STARNART et ENGEL M.B.
Vital staining of growing bone and teeth with alezatine red (coloration vitale de l'os en croissance et des dents par le rouge à l'alizarine)
J. of Dental Research, 1941, 20, p. 411.

SCHOUR I., BANSKAR S.N., GREEP R.O. and WEINMANN J.P.
(1949) Amer. Jl. Anat., 85, 73
(osteocl. "in rats").

SCHOUR I.
Noyes' Oral Histology and Embryology. Lea and Febiger, Philad. ed. 7, 1953, p. 69
(involut. lam. dent.).

SCHROFF J.
(1936) Jl. Amer. Dent. Assn., 23, 2096
(xanthomat.)

SCHLUTZ A.M.
Inherited reductions in the dentition of man
(réduction héréditaire des dents de l'homme).
Hum. Biol., 1934, 6, p. 627-631.

SCHULZE C.
(1951) Dtsch. Zahnärztl. Ztschr., 6, 595
(fract. radic. consolid.)

SCHULZE Chr.
Die Vererbung der Zahnanomalien, in HAUPI-MEYER-SCHUCHARDT : Die Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde, Bd.1 p. 721, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin, 1958.

SCHWARZ A.M.
(1932) Int. Jl. Orthod. Oral Surg. and Radiogr., 18, 331 (notion "press. niol.)

SCHWARZ A.Martin
Lehrgang der Gebissregelung, 1961, vol. 1, 3e éd., Urban et Schwarzenberg, Vienne et Munich.

SCHWARZKOPF H.
Klinische Auswertung des dentalen Röntgenbildes
Huting, Heidelberg, 1939.

SCHWEITZER G.
(1931) Dtscn. Zahnärztl. Wschr. 34, 175 und 245
(resorp. intradent. multipl.)

SCOTT E.J.
An experimental study in growth of the mandible.
(Etude expérimentale sur la croissance de la mandibule)
Am. J. of Orthod. and oral Surg., 1938, 8, p. 924-934).

SCOTT J.H.
Développement et fonction du follicule dentaire.
Brit. Dent. J., 1948, 9, p. 193-199.

SCOTT J.H.
The growth of the human face (Croissance de la face humaine
Proc. R. Soc. Med. G., 1954, 13, n° 2, p. 91-100.

SCOTT D., SCHROFF F.R. and GABEL A.B.
(1953) Fed. Proc., 12, 129
(exper. local. Termin. sensit.)

SELLEY W.G.
(1956) Brit. Dent. Jl. 100 357
(resorp. intradent. centr. double).

SELTZER S., BENDER I.B., SMITH J., FREEDMAN I. et NAZIMOV H.
Endodontic failures. An analysis based on clinical,
roentgenographic and histologic findings.
Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 1967, 23, n° 4,
500-530 (bibliogr.)

SELYE H.
(1954) Science, 122, 625
(inflamm. & stress.)

SENDRAIL M.
Hormones et morphologic faciale.
L'Ortho. française, 1955, 26, p. 41-59.

SERON E. et MOLHANT G. (1950)
Actual. odonto-stom. (Paris), n° 11 p 261
(resorp. radic. general in intox. phosphor.)

SERGENT E.
(1920) Monde médic., n° 11 novembre 1920 : quot. FREY L.
Pathologie des dents. Baillières, Paris, 1933
(histor. : decalc. dent. intern.)

SHANNON I.L., SZNYD L. and PRIGMORE J.R.
(1962) Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 15, 1142 and 15 1389
(stress preoperat. exodont. : dosage 17-hydrocorticosteroid. serum).

SHMAMINE T.
(1909) Korresp. Bl. Zahnärzte (Berlin), 38, 159.

SCHWARTZMAN G., KLEMPERER P. and GERBER I.E.
(1936) Jl. Amer. Med. Assn., 107, 1946
'aggrav. anachor. action local. endotox. bacter.)

SICHA V. et PLACKOVA A.
Unusual Case of Resorption of the Crown of a permanent tooth.
Ceskoslovenska Stomat., 1964, 64, n° 1, 33-35.

SICHER H. et ORBAN'S
Oral histology and embryology. (Histologie et embryologie bucco-dentaires).
5e éd. Mosby et C°, St Louis, 1962.

SIEGMUNG H.
(1953) Paradentol., 7, 17
(phenom. degener. periodont. in Buerger).

SILBERGER M. and R.
(1941) Amer. Jl. Anat., 69, 295
(osteoscler. oestrogen.)

SIMPSON H.E.
Internal Resorption.
J. Ass. Dent. Canad., 1964, 30, n° 6, 355-359.

SIMPSON M.E.
1937) Jl Bone and Joint Surg., 19, 223
(osteolys. essent.)

SIMPSON R., ENNIS L.R. and GREENFIELD G?
(1936) Dent. Items Int. 58, 826.

SKACH M.
(1949) Ceskosl. Stomatol., 12, 390.

SKACH M., KOSTLAN J. & BOUCEK Z.
(1955) Ceskoslov. Stomat., 4, 136
(exper. irrit. artif. trigemin.)

SKILLEN W.G. and MUELLER E.
(1927) Jl. Amer. Dent. Assn., 14, 1149
(epithelium & Sulcus gingival.)

SKILLEN W.G. and WALLEY G.A.C.
(1937) Northw. Univ. Bull., 38, 17
(ankyl. osteo-rad. decid.)

SKRIVANITCH A.
Des transformations intimes de l'extrémité antérieure du cartilage de Meckel en rapport avec l'ossification du maxillaire inférieur chez l'homme.
Thèse, Lausanne, 1918.

SMITH A.G.
(1934) Jl. Amer. Med. Assn., 102, 593
(osteolys. essent.)

SMOLIANOVA R.I.
(1959) Stomatologiia (Moskva), 3, 21
(rôle pericementi decid. in lesions preerupt.)

SOGNNAFS R.F. (1959)
Arch. Oral Biol., 1, 106
(resorp. adamant. decid.)

SONESSON A.
(1950) Acta Radiol. (Stockholm), suppl. 81
(radiol. cyst. dentiger.)

SOGNNAES R.F.
(1948) Jl. Dent. Res., 27, 609
(techn. histol. preserv. elem. organ. struct. calcif.)

SOGNNAES R.F.
Organic elements of the enamel. IV. The gross morphology and the histological relationship of the lamellae to the organic framework of the enamel.
J. dent. Res., 1950, 29, 260.

SOGNNAES R.F.
(1959) Arch. Oral Biol., 1, 106
(orig. osteocl. resorb. dent. ; gradients demineral. osteoclas.)

SOGNNAES R.F.
(1961) Jl. Amer. Dent. Assn., 62, 516
(process. calcif.)

SOIFER M.E.
(1937) Dent. Items. Inter., 59, 119
(resorp. intradent.)

SOLEIL J.
(1954) Rev. Franç. Odonto-stom., 1, 3
(resorp. radic. traumat.).

SOLEIL J.
Les rhizalyses traumatiques.
Rev. Franç., Odonto-stomat. févr. 1957, 4, n° 2, 143-152, fig. (bibliogr.)

SOLEIL J.
Rhizalyses tardives après traitement orthopédique.
Orthodont. franç., 1959, 30, 231.

SOLOMONS C.C., IRVING J.T. and NEUMAN W.E.
In calcification in biological systems. R.F. SOGNNAES ed., Washington, Amer. Assn., adv. Sc., 1960, p. 203
(bioch. ossif.)

SONESSON A.
(1950) Odontologisk Revy (Stockholm), 1;8.

SPERANSKY A.D.
A basis for the theory of medicine. Intern. Publ., New York, 1943
(theor. gener. react. inflamm.)

SPRAWSON E.
(1927) Proc. Royal Soc. Med., 20, 67
(pathog. & therap. cyst. dentiger.)

SPRETER VON KREUDENSTEIN T.
(1936) Dtsch. Zahn-, Mund-u. Kieferhlk., 3, 318
(exp. parathorm. & dent.)

SPRINGER J.
Résorption radiculaire des deuxièmes molaires par dents de sagesse incluses.
J. Oral Surg., oct. 1956, 14, n° 4, 336-339.

STAFNE E.C.
(1934) Jl. Amer. Dent. Assn., 21, 1822
(cementomes).

STAFNE E.C. and AUSTIN L.T.
(1938) Jl. Amer. Dent. Assn., 25, 1002
(radiol. clin. dent. in osteopath.)

STAFNE E.C. and SLOCUMB C.H.
(1944) Amer. Jl. Orth. and Oral Surg.

STAFNE E.C. et AUSTIN L.T.
Resorption of embedded teeth.
J. Amer. dent. Ass., 1945, 32, 1003.

STAFNE E.C.
Oral Roentgenographic Diagnosis, p. 106, Philad.,
London, 1959.
(resorp. dent. inclus.)

STALLARD R.E. et HIATT W.I.H.
The induction of New Bone and Cementum formation.
J. of Periodontology, 1968, 39, n° 5, 29-33.

STANDISH S.M. and SHAFER W.G.
(1958) Jl. Periodont., 29, 27
(cyst. later. periodont.)

STAROBINSKI I.M.
Stomatologiia, ed. 2, Medguiz, Moskva, 1951
(docum. gener.)

STARR K.W.
Delayed union in fractures of the long Bones. Mosby,
St Louis, 1947
(discuss. process. ostéolys.)

STEAD quot. SCHWEITZER.

STEGGERDA et HILL.
Eruption time of teeth among Whites, Negroes and Indians.
(Eruption dentaire chez les Blancs, les Noirs et les
Indiens).
Am. J. of Orthod., 1942, 6, p. 361-370.

STEWART D.J.
Idiopathie internal resorption on Twins.
The Dent. Practitionner, 1967, 18, n° 4, 139-141.

STILLMAN P.R. and Mc CALLJ J.O.
Textbook of clinical periodontia, ed. 2, Mc Millan,
New York, 1937. (occl. traum. pot.)

STONES H.H.
(1934) Brit. Dent. Jl., 56, 273
(condit. imperm. cement.)

STONES H.H.
(1938) Proc. Roy. Soc. Med., 31, 479
(exper. occl. traum. ankyl. fract. cement.)

STONES H.H.
(1938) Proc. Roy. Soc. Med., 31, 479
(exper. occl. traum. ankyl. fract. cement.)

STONES H.H.
Oral and Dental Diseases.
Livingstone, Edinb., ed., 3, 1954
(biol. cement. condit. resorp. radic.)

STONES H.H.
Oral and Dental diseases, p. 440. Livingstone, Edin. 1957
(resorp. dent. inclus. - cyst. dentiger.)

STONES H.H.
Oral and dental diseases, ed. 4,
Linvingstone, Edinb. 1961.

STONES, LAXTON, BRANSEY et HARTLEY.
Time of eruption of permanent teeth and time of shedding of feciduous teeth. (Dates d'éruption des dents permanentes et des pertes des dents temporaires).
British dent. J., 1951, 1, p. 1-7.

STREETER G.L.
Developmental horizons in human embryos. Contributions to embryology (Carnegie Institution of Washington publication, 541, Washington D.C.) 1942, XXX, P. 211-245 ; 1945, XXXI, p. 27-63 ; 1948, XXXII, p. 133-203, 1949, XXXIII, p. 149-167 ; 1951, XXXIV, p. 165-196.

STUTEVILLE O.H.
(1938) Int. Jl. Orthod. and Oral Surg., 24, 103
(resorp. orthod. forces).

SUDECK H.
(1900) Arch. klin. Chir., 62, 147
(fact. neurol. "Atrophie" oss.)

SULLIVAN M.R. et JOLLY M.
Idiopathic Resorption. Austral. Dent. J., 1957, 2, nº 4, 193-199.

SZABO I.
Eruption des premières dents de lait des enfants nés en hiver ou nés en été.
Deutsch. Stomat., 1959, 5, p. 430-432.

SZENT-GYORGYI A., HEBYELI A. and Mc LUAGHLIN J.
(1963) Science, 140, 1391
(fact. loc. multiplic. cell.)

TAATZ H. and STIEFEL A.
(1963) Dtsch. zahnärztl. Ztschr., 18, 293
"Turner teeth".

TAATZ H. et STIEFFEL A.
Pathogenèse de granulomes internes.
Deutsche Zahn-Mund-u. Kieferh., oct., 1967, 49, nº 1/10 335-347, 10 fig. (bibliogr.)

TACAIL C.P.
Intervention et appareillage pour réaliser l'évolution d'une canine incluse.
Orthodontie franç., 1938, 15.

TALIM S.T. et ANTIA F.E.
A roentgenographic Evaluation of reimplanted teeth
Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 1966, 31, nº 5, 602-608.

TARDIEU G. et TARDIEU C.
Le système nerveux végétatif.
Masson, Paris, 1948.

TAYLOR G.F. and DAY C.D.M.
(1940) Brit. Med. Jl., 2, 221
(osteo-malac. & Caries).

TEJADA RONDEROS R.L.
Desarrollo embriologico del centro de la cara. (Développement embryologique du centre de la face).
Rev. Fac. Med. (Bogota), 1959, 10-12, p. 223-230.

TELLIER J.
(1920) Rev. de stom. (Paris), 22, 61
(pathog. cyst. dentiger.)

TEN GATE G.
Chemical embryology and developmental mechanics.
(Embryologie chimique et mécanique du développement).
Arch. Netherlands Zool., 1958, 4, p. 553-556.

TERRACOL J. et ARDOUIN P.
Les liaisons des sinus frontal et maxillaire.
Rev. Lar. oto- rhino, 1958, 11, p. 876-889.

TESTUT L. et TOURNEUX F.
Embryologie humaine. 3e éd. Doin, Paris, 192L,

TESTUT et LATARJET.
Traité d'anatomie humaine. 8e éd. Doin, Paris, 1928.

TEULIE S.
Influence de la naissance et de la période néonatale sur l'odontogénèse à l'état normal et pathologique.
Thèse, Paris, 1957.

THEUVENY C. et PARANT M.
Thérapeutique chirurgico-orthodontique de la rétention des incisives centrales supérieures.
Actualités odonto-stomat., 1957, 37, 46.

THEUVENY C.
Desinclusion des incisives et des canines retenues.
Encyclop. méd.-chir., Stomatologie, fasc. 23492 D.10, 1-1966, 10 pages, 50 fig.

THIBAULT R. et LAMBERT A.
Accidents causés par les dents incluses.
In : Encyclopédie méd.-chir., stomatologie, Paris, 1957, 22010 E, 10.

THIBAULT R.C.
Quelques cas rares d'inclusion dentaire.
Rev. Stomat. (Paris), 1943, 44, 150.

THOMA K.H.
(1936) Amer. Jl. Orthod. and Oral surg., 22, 400
(hyperparathyr. & dent.)

THOMA K.H. and GOLDMAN H.M.
(1939) Jl. Amer. Dent. Assn., 26, 1943
(pathol. cement.)

THOMA K.H., SOSMAN M.C. et BENNETT G.A.
Un cas inhabituel d'ostéodysplasie fibreuse héréditaire avec remplacement de la dentine par l'ostéo-cément.
Am. J. Orthod. (Oral Surg. Section), janv. 1943, 29, n° 1, 1-30.

THOMA K.H., HONSON F.G. and CASCARIO N.
(1944) Amer. Jl. Orthod. and Oral Surg. (Oral Surg. sect.) 30, 158 (ankyl. osteo-radic. fract. oss.)

THOMA K.H.
Oral Pathology, ed. 4, Mosby, St Louis, 1954.

THOMA K.H. and GOLDMAN H.M.
Oral Pathology, ed. 5, Mosby, St Louis 1960
(orig. osteocl. resorp. dent. ; types tiss. appos. second.)

THOMAS R. et DUMONT J.
Granulome interne ou pulpite chronique granulomateuse hyperplasique interne.
Ann. odonto-stomat., janv.-févr. 1963, 20, n° 1, 43-49, 7 fig.

TJIO J.H. et LEVAN A.
Le nombre des chromosomes de l'homme.
Hereditas, 1956, 42, p. 1-6.

TITTEL D.
(1933) Vtljschr. Zahnhlk., 49, 299
(resorp. adamant. fals. "caries" dent. dermoïd. ovar.)

TITZ G.
(1938) Dtsch. Zahn ärztl.WSchr., 41, 347.

TODD W.
Skeletal adjustment in jaw growth (Organisation du squelette dans la croissance des maxillaires).
Dental Cosm., 1926, 68, p. 1168 à 1184.

TODD W. et WHARTO R.E.
The effect of thyroid deficiency upon skull growth in the sheep. (Effet de l'insuffisance thyroïdienne sur la croissance du crâne chez le mouton).
Am. J. of Anatomy, 1934, 55, p. 97.

TODD W.
Integral growth of the face. (Croissance entière de la face).
Am. J. of Orthod. and oral surg., 1935, 22, p. 321 à 334.

TOLLER P.A.
(1948) Proc. Roy. Soc. Med. (London), 41,682(conditions pression liquid. intrakyst.).

TOMBEUR C.
(1940) Rev. Odont. (Buenos Aires), 28, n°11 (resorption. dent. reimplant.).

TOMES C.S.
A Manual of Dental Anatomy. London, 1876.
(variat. loc. resorbab.).

TOMES J.
A system of dental surgery, pp. 78-80. Lindsay and Blackiston, London, 1859.
(resorp. adamant. histol. & ankyl.).

TOMES J. and DE MORGAN C.
Observations on the structure and development of bone.
(Philos. Trans.), 143; 109, 1853.

TONDURY G.
Problèmes dentaires à la lumière de la recherche embryologique D.D.Z., 1956, 24, p. 933-939.

TONGE C.M.
Basic aspects of mouth development. (Aspect fondamental du développement de la bouche).
Proc. R. Soc. Med., 1957, 3, p. 185-190.

TONNA M.
(1960) Nature, 185, 405 (cytol. osteocl.).

TOVERUD G.
(1923) Jl. Biol. Chem., 58, 583.
(adm. possib. decalc. dent. intern.).

TOWNEND P.I.
Resorption of the roots of upper incisor teeth due to misplqced canine teeth.
Dent. Pract., aout 1967, 17, n° 12, 444-447.

TRATMAN E.K.
(1940) Brit. Dent. Jl., 68, 14.
(ankyl. osteo-radic.).

TRAUNER F.
(1904) Osterr.- Ung. Vtljschr. Zahnhlk., 20, 520.
(resorp. dent. dermoïd. ovar.).

TURNER J.G.
(1912) Brit. Jl. Dental Sc., 227.
("Turner teeth" : observ. initial.).

TURPIN E. et LEJEUNE J.
Génétique médicale.
Encycl. Méd-Chirur., 1956, 2e édit. tome Pédiatrie.

TURPIN R.
Essai sur l'étiologie des malformations.
La Presse Médicale, 1955, 41, p. 957-860.

VALOIS et CADENAT.
Le développement de l'os prémaxillaire chez l'homme et le développement de l'os maxillaire supérieur chez l'homme.
C.R. Sté Biol., 1924, 40, p. 1322-1391.

VANDORY W.
(1936) Ztschr. Stom. (Wien), 34, 937. ù

VAN WOLPUT M.H.
Rhizalyse complète d'une incisive centrale réimplantée.
Rev. Stomato-odont. du Nord de la France, 1968, 23, n° 90, 109-113.

VEAU.
Le rôle du tubercule médian dans la constitution de la face.
Ann. Anat. ™éd. Chir., Paris, 1926, 4, p. 305-348.

VERGER.
Etude sur le cloisonnement de la cavité bucco-nasale.
Thèse, Paris, 1929.

VIGNEUL J. et LAUFER J.
(1958) Actual. odonto-stom. (Paris) n° 41, p. 79. (iconograph.).

VILLA V.G.
(1951) Oral Surg. Oral. Méd. and Oral Path., 4, 877.
(calcif. modul. in épithel. follic. dent. inclus.)

VINCENT R. et MERLE-BERAL J.
(1953) C.R. XIIIe Congrès Franç. Stom., in Rev. Stom., 54, 675.
(condit. reimplant. dent.)

VIRCHOW R.
(1852) Virchows Arch. path. Anat., 4, 261.
(descrip. resorp. lacun.).

VOLKER J.F. and SOGNNAES R.F.
(1940) Jl. Dent. Res., 19, 291.
(radio. isotopes).

VOLKMANN R.V.
(1862) Virchows Arch. path. Anat., 24, 512.
(histor. "halisteresis").

VOLKMANN R.V.
(1863) Arch. klin. Chir., 4, 437.
(resorp. lacun & halisteresis).

VORHIES J.M., GREGORY G.T. and Mc DONALD R.E.
(1952) Jl. Amer. Dent. Assn., 44, 68.
(ankyl. osteo-radic. dedid.).

VUKMIROWIC B.
Med. Dissert. Köln, 1953.

VULPIAN E.
(1869) Arch. Physiol. norm. et pathol., p. 558.
(fact. neurol. "Atrophie" oss.).

WADDINGTON C.H.
Principles of embryology.(Principes d'embryologie).
Allen and Unwin, Ltd., London, 1956.

WAHL L.P.
Development and growth of the face in relation to the denture. 5Développement et croissance de la face en rapport avec la dentition).
Am. J. Orthod. and oral surg., 1940, p. 234 à 241.

WAKEFIELD B.G.
(1948) Jl. Oral Surg., 6, 263.
(osteoscler. phosphor.).

WALDEYER W.
(1865) Arch. mikr. Anat., 1, 354.
(histor. l thrminol. : "odontoblast").

WALLIS R.
Dentition temporaire persistante.
Brit. Dent. J., 1935, 59, 672.

WALLMANN H.
Med. Dissert. Göttingen, 1954.
(pulpit. chron. asympt.).

WARBRICK J.G.
The early development of the nasal cavity and upper lip in the human embryo. (Développement précoce de la cavité nasale et de la lèvre supérieure chez l'embryon humain)
J. Anat. G.B., 1960, n° 3, p. 351-362.

WARNER G.R., ORBAN B., HINE M.K. and RITCHEY B.T.
(1947) Jl. Amer. Dent. Assn/, 34, 468.
(tiss. apposit.).

WASSERMANN F., BLAYNEY J.R., GROETZINGER G. and DE WITT T.G.
(1941) Jl. Dent. Res., 20, 389.
(radioisotopes).

WASSMUND M.
Lehrbuch der praktischen chirurgie des mundes und der kiefer.
Abschmitt d, Bd. l, p. 59, Leipzig, 1935.
(resorp. dent. inclus.).

WASSMUND M.
(1957) Dtsch. Zahn-, Mund-u Kieferhlk., 26, 356.
(resorp. dent. inclus. & caries).

WEBER W.
Ueber die verebung des medianen nasenspalate beim hund.
(Caractère héréditaire de la fissure vélopalatine chez le chien).
Schweiz. arch. Tierheilkunde, 1959, 8, p. 378-381.

WEIDENREICH F.
Das Knochengewebe, in MOLLENDORFF V. :
Handbuch der mikrosk. Anat. des Menschen. Springer,

Berlin, Bd. 2, 1930.

WEIDMANN S.N.
(1960) Arch. Oral Biol., 1, 259. (Bioch. ossif.).

WEILL J. et BERNFELD J.
Pronostic de la croissance.
Revue Médicale de Tours, 1962, 25, p. 333-345.

WEILL LA.
(1891) Dtsch. Mtschr. Zahnhlk., 9, 342.
(histor. Terminol., : "odontoclast").

WEILL R.
Acquisitions récentes en histochimie dentaire.
1er Congrès Int. d'histochimie et cytochimie, 1960, p. 232-233.

WEILL R.
Le radiosulfate dans l'odontogénèse.
Rev. Odont.-Stomat., 1957, 10, p. 15-30.

WEINMANN J.P.
Vtljschr. Zahnhlk., 43, 446.
(res. dent. dermoïd. ovar.).

WEINMANN J.P.
(1928) Zahnärztl. Rdsch., 37, 39.
("Diffuse athrophie & resorp. dent.).

WEINMANN J.P., SVOBODA J.F. and WOODS R.W.
(1945) Jl. Amer. Dent. Assn., 32, 397.
(resorp. adamant.).

WEINMANN J.P. and SCHOUR I.
(1945) Amer. Jl. Path., 21, 821, 833, 1047, 1057.
(exp. rachit.).

WEINMANN J.P. and SICHER H.
Bone and bones , fundamentals of bone Biology.
ed. 2, Mosby, St Louis, 1955 (docum. general.).

WEDL C.
Pathologie der Zähne. Leipzig, 1870.
(resorp. adamant.)

WEDL C.
Pathologie der Zähne, 1903, t. II, p. 63.

WERELDS R.J.
(1954) Arch. Stom. (Liège), 9, 145.
(resorp. adamant. & ankyl. dent. retent.).

WERELDS R.J.
(1955) Arch. Stom. (Liège), 10, 91.
(ankyl. retent. decid.).

WESKI O.
Röntengen-anatomie des schädels, des Kiefere und der Zähne (cf. Tafel B5). Bell. Verlagsanst., Berlin.

WESSON L.G. and BOYLE P.E.
(1943) Arch. Path., 36, 237.
(defic. vittm D).

WESTIN G.
(1925) Dent. Cosmos, 67, 868.
(defic. vittm. C).

WILKINS L.
(1941) Amer. Jl. Dis. Child., 61, 13.
(hypothyr. & struct. oss. : "dysgen. epiphys.").

WILLIGER F.
(1909) Korresp. Bl Zahnärzte (Berlin), 31, 1.
(resorp. dent. inclus.).

WILLMAN W.
(1930) Jl. Amer. Dent. Assn., 17, 444.
(ankyl. lateral. pulpectom.).

WINTER L.
Opérative oral surgery. Mosby, édit., St Louis (Miss.) U.S.A.

WINTER B.G.
(1962) Arch. Oral Biol., 7, 373.
(abces. interradic. dent. décid.).

WINKLER.
Ueber wachstum und formbildung des meschlichen kiefer apparates. (Croissance et formation des maxillaires chez l'homme).
Arzt. schr. f. Zahn, Berlin, 1923, 39, p. 541-556.

WITZLER A.
Die antiseptische behandlung der pulpakrankeiten des

zahnes mit beiträgen zur lehre von den neubildungen in der.

WHITEHEAD R.G. and WEIDMANN S.M.
(1959) Biochem. Jl., 72, 667.
(bioch. ossif.).

WOODS J.A.
(1908) Brit. Dent. Jl., 29, 917.

WOLBACH S.B. and HOWE P.R.
(1933) Amer. Jl. Path., 9, 275.
(defic. exp.vitam. A.).

WOLFF J.
Das Gesetz der transformation der knochen. Berlin 1892.

WORMAN H.G.
(1929) Jl. Amer. Dent. Assn., 16, 1885.
(resorp. dent. inclus. : observ. animal).

WUEHRMANN A.H.
Condensation osseuse progressive avec résorption radiculaire.
Oral Surg., déc. 1967, 24, n° 6, 795.

ZEGARELLI E.V. and ZISKIN D.E.
(1943) Amer. Jl. Orthod. and Oral Surg., 29, 285.
(cementomes).

ZEROSI C.
(1938) Rass. trim. Odontoiatr., n° 1.
(biol. cement.).

ZEROSI C.
(1939) Rass. Trim. Odontaiatr., n° 4.
(biol. struct. oss. alveol., 20, 163. (biol. cement).

ZEROSI C.
(1957) Arch. Ital. Path. et clin. Tumorin, n° 1 ; nov. déc. 1957.(paradentit.).

ZEROSI C.
(1958) Acta stomat. Patavina, 5 1,u.

ZEROSI C.
(1958) Rep. XVe Congr. ARPA Intern., Georg, Genève,

1958, p. 135.
(resorp. cement. periodontit.).

ZEROSI C. et BARATIERI A.
(1958) Minerva Stomatol., 7, 800.
(action forces proth.).

ZEROSI C.
(1961) Arch. Ital. Biol. Orale., 2, 33.

ZEROSI C.
(1962) Minerva Medica, vol. Paradenziopatie, 1962.

ZILKENS K.
La résorption au niveau des dents. Deutsche zahn. Zschr. 15 av. 1952, 7, n° 8, 461-466, fig. 6 (bibliogr.).

ZUCKERKANDL E.
Beiträge zur anatomie des menschlichen Körpers. VI : Uber zahnretention. Wiener medizin. Jahrbücher, 1885.